

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°15 OCTOBRE 2019





Intérêt général, intérêts particuliers...

Par Jean-Paul **Ségade**
Président du CRAPS

Le débat récent sur notre système de retraites, le mouvement socialement équivoque des gilets jaunes, en passant par l'anxiogène refus de se faire vacciner, nous contraint à admettre que si la notion d'intérêt général parfois interroge et reste centrale dans nos sociétés marquées par un regain d'individualismes voire de communautarismes.

Les obligations sanitaires collectives s'opposeraient-elles à ma liberté ? La solidarité intergénérationnelle doit-elle m'être imposée ? À l'instar de l'écologie, intérêt à court terme et vision à long terme peuvent-ils se concilier, tant au niveau local, national et international... ? Ce XXI^e siècle nous confronte *ex abrupto* à une double crise, celle de la reconnaissance et celle de l'autorité. Deux notions, qui consubstantiellement nourrissent l'intérêt général. La Protection sociale

est au coeur de cette problématique d'autant qu'à la fois les obligations européennes et le phénomène de mondialisation heurtent souvent une conception française singulière de sa perception de la solidarité.

La représentation de l'intérêt général est plurielle, se situant probablement entre les convictions anglo-saxonnes utilitaristes d'un intérêt général constitué de l'agrégat des intérêts individuels, formalisés par Adam Smith, et la notion de bien commun propre au monde chrétien (Paul Lettre aux corinthiens 12 - 7) marquée en France par une volonté de transcender les intérêts particuliers. L'intérêt général apparaît donc comme la matrice de tous les discours de légitimation des formes sociales. L'État n'en est d'ailleurs pas le seul garant même s'il constitue la pierre angulaire de l'action publique (Rapport du Conseil d'État 1999). Les acteurs

sociaux comme les usagers du Service public sont appelés à participer à la construction de cet idéal. Rappelons ainsi pour illustrer cette réflexion, la philosophie du programme du Conseil National de la Résistance qui préconisait que soit mis en œuvre un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils seraient incapables de se le procurer par le travail, associé à une gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État :

« L'intérêt supérieur de la patrie, doit être pour tous les Français un gage de confiance et un stimulant. Celui-ci doit les inciter à éliminer tout esprit de particularisme, tout ferment de division qui pourrait freiner leur action et ne servir que l'ennemi. »

Pris entre le réflexe autoritaire (Robespierre Discours du 18 pluviôse

an II) et l'utopie de l'autogestion, il convient donc de redéfinir un modèle rénové, contractualisé plutôt que réglementaire, horizontal plutôt que pyramidal. Dans cet esprit, il conviendrait ainsi de revenir à l'essentiel dont la maxime de Montesquieu dans les lettres persanes (XII) pourrait en être la traduction la plus objective : « Ils leur faisaient surtout sentir que l'intérêt des particuliers se trouve toujours dans l'intérêt commun ; que vouloir s'en séparer, c'est vouloir se perdre ; que la vertu n'est point une chose qui doive nous coûter »... ■

6

L'IMAGE

Les Nouveaux Acteurs de l'Hôpital !

8

L'ACTU

Un nouveau Président !

10

L'AGENDA

La Région, une réponse à la crise sociétale ? Dîner-Débat avec Xavier Bertrand

12

LE FOCUS

La réforme des collectivités territoriales danoises

LE DOSSIER

Danemark, les enseignements d'une réforme aboutie



14

24, 32 & 36

LES INTERVIEWS

Cédric Arcos

Ambassadeur du système de santé danois en France, Maître de conférence en politiques de santé à Sciences-Po

Etienne Tichit

Corporate Vice-President et Directeur Général de Novo Nordisk - France

Anne Smetana

Directrice de Healthcare Denmark

38

PORTRAIT

Jacques Chirac et le chômage

42

PAROLE D'EXPERT

Boris Léone Robin

La loi « Pacte » ou le renouveau de l'épargne retraite d'entreprise ?

LES TRIBUNES

48

Retour sur la crise des urgences

56

Les finances de l'Assurance chômage : Conjoncture et réglementation

CRAPSLLOG, le magazine d'information et de réflexion du CRAPS

54, rue René Boulanger - 75010 PARIS

01 73 75 41 09

accueil@association-craps.fr

www.association-craps.fr

Directeurs de publication

Jean-Paul Ségade & Fabien Brisard

Président du comité éditorial

Hervé Chapron

Conception et Réalisation

Anaïs Fossier & Marie Henry

Crédits Photo

Shutterstock

Impression

Imprimerie Guillotte





CRAPS
Centre de Recherche et d'Analyse sur la Protection des Patients

L'IMAGE

Conférence-débat sur le thème : « Les Nouveaux Acteurs de l'Hôpital » avec Olivier Véran , Député de l'Isère, Rapporteur général de la commission des Affaires sociales



L'ACTUALITÉ DU CRAPS

Un Nouveau Président !

Loin des oliviers et du chant des cigales, la période estivale, dans le prolongement d'une saison hivernale riche, a été tout aussi dynamique !

C'est à la Maison des Polytechniciens, en ce 14 mai printanier que Jean-Claude Mallet, notre Président-fondateur a annoncé qu'il souhaitait « passer le flambeau ». Surprise d'abord, émotion ensuite, hommage enfin ! Une page se tourne... Jean-Paul Ségade, ancien Vice-Président du CRAPS a accepté avec enthousiasme, fierté mais plus encore humilité non pas cette fonction mais cette mission. Ses premiers mots teintés à l'évidence d'émotion ont été pour remercier Jean-Claude Mallet pour le travail accompli, pour avoir donné sens à une idée d'avenir, celle de la Protection sociale, rappelant néanmoins la complexité de la tâche : « Sauvegarder l'héritage, cet ADN qui fait la force de notre collectif », « Affirmer avec force nos convictions, refuser le tout économique, redonner à la notion de progrès ses composantes de solidarité »... Didier Bazzocchi, sera désormais à ses côtés en qualité de Vice-Président de notre Think tank. À n'en pas douter, la flamme est préservée, le vertige de la page blanche maîtrisée...

C'est toujours à la Maison des Polytechniciens que le CRAPS en partenariat avec Cegedim Insurance Solutions, a organisé le 26 juin dernier une conférence-débat sur le thème particulièrement actuel : « Les nouveaux acteurs de l'hôpital ». Débat animé au cours duquel éthique, technique, propositions mais aussi humour ont permis à une assistance nombreuse de mesurer les défis à relever afin de préserver cette richesse collective que nos anciens ont su créer. Merci à Olivier Véran, député et Rapporteur Général de la Commission des Affaires Sociales, d'avoir conclu cette matinée. À cette occasion, le Président du CRAPS, Jean-Paul Ségade a présenté l'ouvrage « Territoires de santé, de nouvelles frontières » au sein duquel les travaux de la commission crapsienne *ad hoc* ont été synthétisés.

Côté publication : nouveauté, originalité ! Une série estivale, hebdomadaire, a été publiée tout au long de l'été. En effet, certains membres ont accepté de se prêter au jeu de nous transporter en 2030 en imaginant les évolutions, parfois les plus folles et souvent les plus inattendues, que pourrait connaître notre Protection sociale. Imagination débridée, anticipation furieuse... Prenons garde que la réalité ne dépasse pas la fiction ! D'autres membres du CRAPS ont également été particulièrement actifs : émissions TV, publication de tribunes dans les Echos...

Dans la torpeur estivale, épisode

caniculaire ou pas, le CRAPS s'est lancé dans la création d'un nouveau site Internet. En effet, une vitrine digitale attractive est indispensable à la visibilité de notre Think tank, de son ambition, de ses travaux et plus généralement de son action. CRAPSLOG, newsletters, vidéos, tribunes etc. doivent avoir le support qu'ils méritent ! Innovation, création... Bientôt un nouveau visage pour une même détermination !

Le 16 octobre, Xavier Bertrand, Président du Conseil régional des Hauts-de-France, suite à ses récentes déclarations sur France 2, animera un dîner-débat au Sénat, pour s'interroger sur la thématique suivante : « la Région : une réponse à la crise sociétale ? ». Par ailleurs, nous organiserons en partenariat avec l'OIT, avec qui des liens étroits se sont noués, un événement, le 4 décembre prochain, à l'occasion de leur centenaire. Enfin, l'intervention de Jacques Toubon, Défenseur des Droits le 11 décembre à l'occasion d'un dîner-débat clôturera les événements de l'année 2019 au cours desquels plusieurs invités prestigieux auront été reçus, notamment François Hollande ou encore Jean-Paul Delevoye.

D'autre part, le Comité Directeur du CRAPS a décidé de lancer une nouvelle commission « décentralisation des politiques sociales » le 9 octobre, co-présidée par Hervé Chapron, Ex-Directeur Général Adjoint de Pôle emploi et Cédric Arcos, Directeur Général Adjoint de la Région Île-de-France,

auteurs l'un et l'autre de nombreux articles sur ce sujet, suite à l'annonce du Président de la République d'un « nouvel acte de décentralisation ». Définition des périmètres des acteurs, propositions d'un certain nombre de pistes pour des politiques publiques efficaces, telle est l'ambition de ce nouveau travail dont les conclusions seront publiées début de l'année prochaine.

Enfin, le CRAPS a eu l'occasion d'assister à deux événements d'importance. Le premier concernant la médecine libérale en pleine mutation au regard du savoir faire et de son mode d'exercice. À cet égard, l'Université d'été de la CSMF, devenue au fil des ans un rendez-vous incontournable pour tous ses acteurs a été l'occasion de débattre sur le thème : « Médecine libérale : une Biodiversité Médicale à cultiver ». Le second « CHAM 2019 » réunissant chaque année les acteurs incontournables de la Santé autour de son Président le Pr Guy Vallencien, week-end passionnant qui a traité autour de tables rondes prestigieuses le thème « de la gouvernance dans tous ses états ». Plusieurs crapsiens ont d'ailleurs animé ces rencontres, tels que Didier Bazzocchi, Vice-Président du CRAPS et Directeur Général de MMA qui animait un débat sur le thème « quelle gouvernance pour améliorer la qualité de la production de soins », et Cédric Arcos, membre du Comité Directeur du CRAPS et Directeur Général Adjoint de la Région Île-de-France qui a livré son expertise sur le thème « décentraliser, autonomiser, responsabiliser. » ■



CRAPS TV

Jean-Paul Ortiz, Président de la CSMF
Interview réalisée lors de l'Université d'été de la CSMF
les 13, 14 et 15 septembre



Découvrez la vidéo sur
www.association-craps.fr





L'AGENDA

L'évènement à ne pas rater !



Uniquement sur invitation

LA RÉGION
UNE RÉPONSE À LA CRISE
SOCIÉTALE ?

XAVIER
BERTRAND

PRÉSIDENT DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE

LE 16 OCTOBRE 2019
À 19H30

au sein du Palais du Luxembourg
(15 ter, rue de Vaugirard, 75006 Paris)



FOCUS

La réforme des collectivités territoriales danoises du 1^{er} janvier 2007

En 2003, un rapport gouvernemental mettait en exergue la nécessité de réformer le système de santé danois : difficulté d'accès aux soins, manque de lisibilité des responsabilités aux différents niveaux administratifs... La longueur des délais d'attente aux urgences, la vétusté des hôpitaux, devenus inadaptés et la stagnation de l'espérance de vie des Danois ont conduit les Pouvoirs publics à entreprendre une réforme d'envergure de l'organisation territoriale du pays entrée

en vigueur le 1^{er} janvier 2007, ayant vocation à rendre le système de santé plus démocratique, à améliorer leur capacité à prendre en compte les réalités locales. La réforme avait pour ambition d'assurer une gestion des soins hospitaliers plus performante et d'apporter une réponse à la dispersion des établissements, préjudiciable à la qualité des soins et de simplifier le service public tout en le rendant plus efficace.

1



CONCENTRATION DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Modification de la carte sanitaire

Suppression des 14 départements existants

Réduction des régions à 5 et des municipalités à 98

2



NOUVELLES RÉPARTITIONS DES RESPONSABILITÉS

État - Définition des orientations stratégiques ; planifications financières et soins spécialisés

Régions - Soins hospitaliers ; médecine générale libérale ; gestionnaires des hôpitaux

Municipalités - Soins de santé primaires ; soins aux personnes âgées ; propriétaires des EHPAD

3



TRANSFORMATION HOSPITALIÈRE

Programme « super hôpitaux » - Construction / reconstruction de 16 hôpitaux. 6,6 milliards d'€

Fermeture d'hôpitaux
1981 - 128 hôpitaux
2008 - 61 hôpitaux
2025 - 53 hôpitaux

Urgences - Le nombre d'hôpitaux accueillant des urgences passera de 40 à 21

4



DÉPLOIEMENT DU NUMÉRIQUE

Investissements massifs dans le secteur de la santé connectée et de la télémédecine

DMP - Baisse du nombre d'hospitalisations et du temps d'attente moyen aux urgences (4 heures)

Identification des patients dans l'ambulance générant une orientation plus efficace

5



PRÉVENTION ET RESPONSABILISATION

Prévention dans des centres de santé distincts des hôpitaux afin de maximiser les procédures hors hôpital

Maintien à domicile des patients; mise en oeuvre des moyens de détection précoces des pathologies

Le patient est acteur de sa santé, il est donc sensibilisé et éduqué à la thérapeutique

6



LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE PIVOT DE L'ORGANISATION

- 1600 patients par généralistes
- Assure 90% des contacts patients
- Assure la transition entre soins primaires et spécialisés
- Régule les soins non programmés
- Assure la permanence des soins et des petites urgences

Considéré comme un spécialiste, rémunération par capitation et à l'acte



LE DANEMARK
LES ENSEIGNEMENTS
D'UNE
REFORME ABOUTIE

L'on sait depuis Max Weber que la rigueur protestante explique pour une bonne part l'essor du capitalisme¹. Ce que nous montrent les Danois aujourd'hui, loin du verbe latin, c'est que la rigueur luthérienne, permet également une réforme systémique, d'envergure et moderne tout à la fois, d'un système de santé !

En effet, les Danois en 2007 confrontés aux mêmes difficultés que les nôtres au regard de leur système de santé ont décidé de changer le logiciel, et tenez-vous bien... ça marche !

Certes, le Danemark n'est pas la France et inversement ! D'autant que comparaison n'est pas raison... Culture, nombre d'habitants et

superficie, rien n'est comparable puisque le Danemark tant économiquement qu'en nombre d'habitants présente un profil proche de celui de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Pour autant, il serait dommageable de ne pas analyser les raisons d'un succès... Si toute raison de croire est une raison de douter, alors Descartes est-il bien la France ?

Loin des corporatismes qui sont les nôtres, loin des éternels contre-feux allumés ici ou là dès que le mot réforme est prononcé, le Danemark, fort d'un cartésianisme que l'on pourrait qualifier d'opérationnel, d'une alliance vertueuse du bon sens et du pragmatisme, nourri par une réflexion non partisane et porté par un courage politique exemplaire, a réussi un pari dont nous ferions bien de nous inspirer ! Il n'est question ici ni de mode de vie, de « hygge » et encore moins de conception du bonheur. Il s'agit tout simplement d'administrer, de gérer et d'optimiser les 10 % de PIB que lui comme la France consacrent à la santé... Financement des dépenses jugées indispensables pour les citoyens, objectifs de performance médicale liés au progrès médical, facteur d'économie, anticipation de la prise en charge du vieillissement de la population !

Comment, dans le cadre de l'ambition « Ma santé 2022 » portée par la ministre de la Santé et des Solidarités Agnès Buzyn, la réforme de la santé

Comment dans le cadre de l'ambition « Ma santé 2022 » portée par la ministre de la Santé et des Solidarités Agnès Buzyn, la réforme de la santé danoise n'interrogerait-elle pas tous les acteurs et décideurs de la sphère médicale ...

danoise n'interrogerait-elle pas tous les acteurs et décideurs de la sphère médicale française...

Au XIX^e siècle, à l'instar de l'histoire sociale française, les salariés, artisans et agriculteurs danois se concertent afin de se prémunir des aléas de la vie et notamment du risque maladie². Ils créent ainsi à l'époque un système fondé sur un principe de cotisation sociale, incarnant avant l'heure un modèle bismarckien³. En 1933, fruit d'un consensus entre la coalition formée par les sociaux-démocrates et les radicaux ainsi que le parti libéral alors dans l'opposition, les accords de Kanslergade sont signés imposant *de facto* un État providence⁴.

Toutefois, l'évolution vers un système de santé national sera plus tardif, le gouvernement social démocrate abolissant le principe d'assurance sociale en 1973 au profit d'une couverture santé généralisée à l'ensemble de la population danoise. Le système reposera dès lors sur un principe d'universalité, d'égalité et de gratuité des soins, financé par l'impôt par conséquent substantiel et manifestement bien accepté puisque bien perçu par les citoyens danois. En effet, les contribuables danois ont une conception positive de l'impôt qui permet le financement d'un État providence très généreux, leur permettant d'accéder à des services publics de qualité. Par ailleurs, les taxes constituent une importante partie complémentaire du financement, la TVA étant particulièrement élevée au Danemark (25 %)⁵. L'impôt sur le revenu est quant à lui progressif et varie selon les communes et selon l'emploi occupé (41 à 60 % du salaire brut)⁶.


Le système de santé danois n'a pas constamment été des plus performants. Bien au contraire ! Celui-ci a dû faire face à des problématiques similaires à celles que connaît la France actuellement. La France et le Danemark ont notamment mené des politiques identiques à l'exemple de la politique malthusienne de formation des médecins avec pour incidence un déficit de médecins et de soignants, et en conséquence le développement

de l'intérim et l'appel à une main-d'œuvre étrangère. Depuis peu, le gouvernement danois a augmenté les quotas d'étudiants et assoupli les règles concernant l'accueil des médecins étrangers. Dès 2003, un rapport gouvernemental met en exergue l'impérative nécessité de réformer le système de santé pour éradiquer les problèmes d'accès aux soins, le manque de lisibilité des responsabilités au cours du processus de traitement, la longueur des délais d'attente aux urgences, la vétusté des hôpitaux devenus inadaptés et la stagnation de l'espérance de vie. C'est ainsi que les Pouvoirs publics ont entrepris une réforme d'envergure, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2007, de l'organisation territoriale sanitaire du pays prenant en compte les réalités locales. La réforme a pour ambition d'assurer une gestion des soins hospitaliers plus performante et d'apporter une réponse à la dispersion des établissements, préjudiciable à la qualité des soins. Simplifier le service public tout en le rendant *in fine* plus efficace !

Prenant en compte combien le libéralisme économique danois se concilie étonnamment avec une faiblesse de l'offre de soins privée (1% du nombre de lits hospitaliers) et se caractérise *de facto* par un service public particulièrement présent dont la gouvernance est décentralisée, la réforme de la santé danoise repose sur six axes clés : une concentration

P PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES %


2017

	✓	FRANCE	46,2 %
2	✓	DANEMARK	46 %
6	✓	ITALIE	42,4 %
14	✓	ALLEMAGNE	37,5 %
18	✓	MOYENNE OCDE	34,2 %
20	✓	ESPAGNE	33,7 %
21	✓	ROYAUME-UNI	33,3 %
25	✓	CANADA	32,2 %
32	✓	ÉTATS-UNIS	27,1 %
37	✓	MEXIQUE	16,2 %

des collectivités territoriales et une modification de la carte sanitaire, une nouvelle répartition des responsabilités, une transformation de l'organisation hospitalière, une organisation de l'offre de soins dont le médecin généraliste est le pivot, un déploiement massif du numérique, et enfin un investissement sur la prévention et une responsabilisation accrue des usagers.

Étonnement, la réforme danoise du système de santé n'a été adoptée que par une mince majorité parlementaire et n'aurait sans doute jamais vu le jour si la culture danoise n'était pas imprégnée par des principes consensuels largement favorisés par son modèle constitutionnel. En effet, le parti vainqueur des élections législatives ne peut, à l'instar de la pratique de nombre de pays européens tels que la France, l'Italie ou encore l'Espagne, gouverner seul. Ainsi, former une coalition avec d'autres partis pour former un gouvernement et imposer une majorité à l'Assemblée représentative est un impératif.

Concentration des collectivités territoriales et modification de la carte sanitaire

Étonnement, la réforme danoise du système de santé n'a été adoptée que par une mince majorité parlementaire et n'aurait sans doute jamais vu le jour si la culture danoise n'était pas imprégnée par des principes consensuels largement favorisés par son modèle constitutionnel.

Si la France a toujours eu beaucoup de difficultés à transférer les compétences de l'État, en d'autres termes, à décentraliser sans arrière pensée, notamment en termes de santé, la réforme danoise, elle, se caractérise à l'inverse, essentiellement par une volonté affirmée de responsabiliser, donc d'utiliser pleinement l'ensemble des acteurs dotés d'une mission de service public afin d'optimiser le maillage territorial pour répondre aux besoins pluriels des populations souvent caractérisés par des spécificités géographiques et plus encore sociétales.

Ainsi, fort logiquement, la clé de voûte de la réforme de 2007 repose à la fois sur la volonté d'une forte décentralisation des modes de

gouvernance et d'une concentration drastique de ses collectivités : suppression des 14 départements existants, réduction du nombre de Régions à 5 et des Municipalités de 271 à 98⁷ ! Ainsi, certaines compétences administratives dont l'État était jusqu'à présent garant, ont par conséquent été transférées aux Régions et aux Municipalités. Cette volonté avait d'ailleurs déjà été amorcée dans les années 1980-1990 à l'occasion du transfert de la gestion de certains services publics aux comtés (Régions) et aux Municipalités.

À n'en pas douter cette démarche, empreinte de pragmatisme, doit être une source d'inspiration pour notre modèle français. Est-ce pour autant possible ? Malheureusement « en France, un tel choix semble presque hors de portée, tant le centralisme est puissant en matière de santé et la méfiance à l'égard des territoires importante. Pour des affaires aussi sérieuses que la santé des Français, seul l'État semble en effet, aux yeux de nos dirigeants, légitime et capable de présider aux destinées du système, de maîtriser les dépenses et d'assurer l'égalité entre les citoyens. C'est ainsi que notre système, au gré des réformes, qu'il s'agisse de la loi santé de 2009 ou de la loi territoriale de 2015, a progressivement tourné le dos aux responsabilités locales pour privilégier une gouvernance nationale. Cette situation est pour le moins paradoxale puisque, dans le même

temps, la dimension territoriale n'a jamais été aussi présente dans les discours des responsables politiques. Le Président Macron lui-même, dans le cap qu'il a fixé pour la santé, n'a cessé d'insister sur l'importance de construire des parcours de soins coordonnés au plus près du terrain et d'enraciner la santé dans des approches locales⁸ » ... Vieux pays pétri de contradictions !

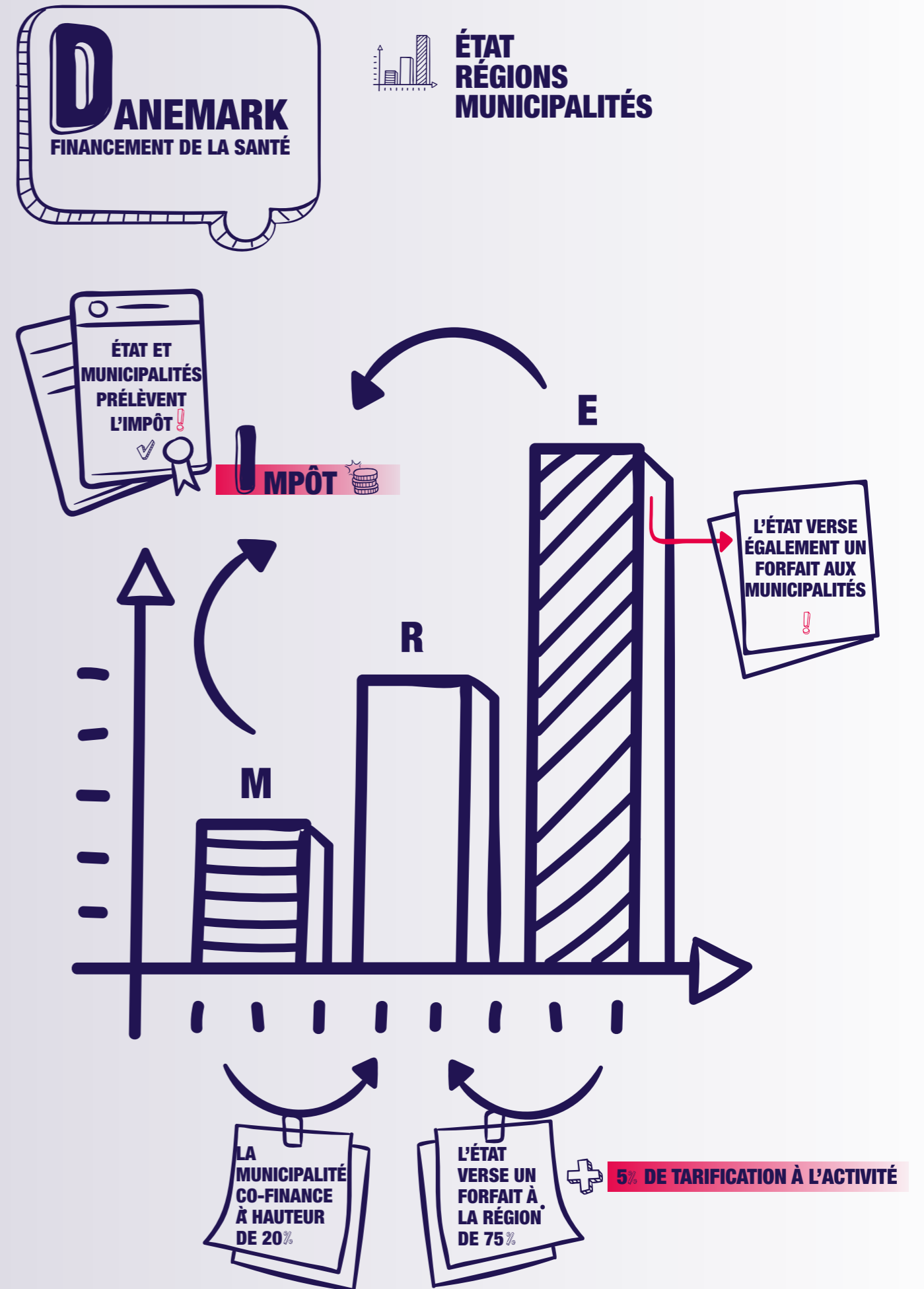
Nouvelle répartition des responsabilités

Cette décentralisation a généré un système dans lequel les responsabilités des modes de gestion et de gouvernance sont assumées de manière tricéphale (Municipalités, Régions, État). En effet, chaque organe administratif a un périmètre défini en fonction de sa proximité et de sa faculté à générer une expertise efficiente pour son territoire, sous le contrôle de l'État, qui, conscient qu'il ne peut pas tout faire, ne fait pas tout... mais assure prioritairement l'équité devant l'accès au système de santé de chaque citoyen danois. Il ne dispose donc pas *in fine* de pouvoirs organisationnels, son action restant cantonnée à la définition des orientations stratégiques majeures, à la planification financière, à la législation budgétaire de la santé, à la gestion du personnel, des hôpitaux, des médicaments, des pharmacies, des aliments, des vaccinations, des droits des patients, etc.

Les Régions, quant à elles, gouvernées par des Conseils régionaux, sont responsables des soins hospitaliers et de la médecine générale libérale. Les services de santé sont organisés en fonction des besoins réels de la population et peuvent en conséquence, être ajustés, voire modulés. Elles administrent donc les hôpitaux et en sont propriétaires. Leur gestion relève de la compétence de représentants élus. Les Régions, bien que n'ayant pas compétence pour prélever l'impôt restent responsables face à leurs électeurs et les dépenses de santé sont principalement financées par une subvention forfaitaire allouée par le gouvernement correspondant approximativement à 75 % du budget de la Région⁹. 5 % complètent ce budget dans le cadre d'une tarification à l'activité et 20 % sont versés par les municipalités qui elles aussi collectent une partie de l'impôt. La dotation de l'État est attribuée selon différents critères, propres aux besoins de chaque Région notamment en termes de démographie, de sorte que chacune d'entre elles bénéficient du même niveau de services de santé. Les Régions perçoivent également une subvention fondée sur l'activité en provenance des Municipalités, en fonction du nombre d'hospitalisations et de traitements ambulatoires dans les hôpitaux et de la quantité de services fournis par les médecins généralistes. De ce fait, les Municipalités sont incitées à mettre

en oeuvre une démarche de réduction du nombre d'hospitalisations par des mesures préventives tant pour optimiser l'utilisation des services que pour contenir les dépenses générées par l'utilisation de ceux-ci. Toutefois, les Régions déterminent le taux de subvention des activités : si 2/3 des municipalités de la Région s'opposent à une proposition d'augmentation de la subvention, elles peuvent opposer leur droit de veto. Cette démarche permet aux Régions et aux municipalités de travailler de concert à la performance et à l'efficience du système de soins.

Les Municipalités sont des organes administratifs locaux régis par des conseils municipaux. Couvrant en moyenne un bassin de 50 000 habitants, la gestion d'un certain nombre de services de soins de santé primaires et de services de soins aux personnes âgées leur incombe tant en termes d'organisation que de financement. Les Municipalités doivent également assurer des missions de santé publique, de prévention et de réadaptation et sont propriétaires des EHPAD. Au niveau local, les Municipalités collectent les taxes et bénéficient d'une dotation de l'État, réparties entre elles proportionnellement sur leur base d'imposition. C'est à ce niveau que l'État est garant et donc veille à ce que les Municipalités disposent de conditions uniformes pour la prise en charge de leurs responsabilités



municipales, les incitent à prendre d'efficaces mesures de prévention et de promotion de la santé.

Le médecin généraliste, pivot du système de santé

Là encore, alors que la crise des urgences, à ce jour non achevée, est un sujet en France inflammable, générateur de conflits sociaux, le système danois pourrait nous inspirer au niveau de la compétitivité de sa médecine libérale, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes. En effet, un des principes clés de l'organisation du système de santé confère au médecin généraliste danois un rôle d'acteur incontournable de la régulation des soins¹⁰, et conséquemment la liberté d'installation est encadrée afin de prémunir la population contre les risques de désertification médicale. Pour s'installer dans un territoire, il est nécessaire d'obtenir l'aval de la Région, celle-ci ne pouvant se faire que dans le cadre d'une reprise d'un cabinet médical en raison de l'arrêt d'une activité ou d'un rachat de l'activité.

Le Danemark compte environ 3 500 médecins, tous rémunérés à l'acte et par un forfait selon le nombre de patients inscrits sur leur liste - la moyenne étant de 1 600 par médecin généraliste. Ce mode de rémunération permet notamment d'assurer un contrôle budgétaire.

Le médecin généraliste est la principale référence pour le patient. Il est un véritable point de contact et joue un rôle primordial dans la régulation des soins entre le niveau primaire et les soins spécialisés. Si besoin est, c'est lui et lui seul qui orientera son patient vers une spécialité médicale. Il bénéficie afin d'être plus efficace dans la mission qui lui est confiée d'une assistance diagnostique et spécialisée des hôpitaux sous forme d'analyses de laboratoire, de scanners et radiographies et ont l'obligation de réguler les demandes non programmées (à titre d'exemple, une heure par jour doit être consacrée aux appels téléphoniques des patients).

D'autre part, si comme dans tous les pays modernes, les généralistes doivent assurer une permanence des soins, l'ensemble de la population danoise dispose d'un médecin de référence de garde devant répondre aux besoins médicaux non programmés mais non vitaux. Cette structure permet une articulation coordonnée avec les soins urgents préservant ainsi la proximité et *in fine* le développement de « l'ambulatoire » s'en trouve consolidé. Le médecin généraliste, considéré comme un spécialiste en médecine générale, prend donc en charge approximativement 90 % des contacts patients, permettant ainsi une réponse adaptée au développement des maladies chroniques. Force est de constater que les pouvoirs publics ont maximisé les procédures hors hôpital

” Là encore, alors que la crise des urgences, à ce jour non achevée, est un sujet en France inflammable, générateur de conflits sociaux, le système danois pourrait nous inspirer au niveau de la compétitivité de sa médecine libérale, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes.

tout comme les initiatives de détection précoce.

Enfin, les urgences sont naturellement dédiées aux cas les plus sérieux. Avant de s'y rendre, le patient doit consulter son médecin généraliste ou composer un numéro d'urgence. Si l'urgence est avérée, il est orienté vers un service d'urgence spécialisé.

Une nouvelle organisation hospitalière

Si la culture danoise repose entre autres sur le dialogue et le compromis, l'humilité n'y est pas absente puisque Anne Smetana, Directrice du Healthcare Denmark s'exprimait en ces mots « Le Danemark est un petit pays avec une culture du compromis et les citoyens ont accepté cette réforme, dont l'objectif était de mieux délivrer les soins en proximité. Et l'accent a été mis sur le management et la collaboration entre médecins, hôpitaux et Municipalités. Les décisions sont prises en commun ¹¹ ». Cette réforme ambitieuse consacre ce trait d'union entre une médecine de proximité libérale et l'hôpital concentré sur le traitement de pathologies plus spécifiques et *de facto* trop souvent plus invasives.

Ainsi, le gouvernement a initié depuis 2012, une politique keynésienne d'investissement permettant la modernisation et la construction de 16 hôpitaux d'ici à 2025 avec retour sur investissement contractualisé. L'État danois a demandé que la construction de ces hôpitaux aboutisse à des économies de coûts de 8 %. D'ores et déjà, depuis 2003, la rentabilité des hôpitaux danois s'est considérablement améliorée, à hauteur de 30 %, - à noter que les établissements publics emploient du personnel contractuel, il n'y a donc pas statut de fonction publique hospitalière. L'absence de statut rendrait-il les gens plus vertueux, à défaut d'être plus prudents ?...

INTERVIEW

Cédric Arcos

Ambassadeur du système de santé danois en France
Maître de conférence en politiques de santé à Sciences-Po



Le Danemark a fait le choix de la décentralisation en 2007, par conséquent a modifié sa carte sanitaire et revu les attributions des acteurs administratifs et médicaux. Quels enseignements la France devrait-elle en tirer ?

Le principal enseignement pouvant être tiré des réformes engagées par le Danemark est que la réforme du système de santé est possible ! Il y a 15 ans en effet, le Danemark connaissait une situation de crise comparable à celle que nos organisations traversent aujourd'hui. Les responsables danois ont alors fait le choix de prendre des mesures drastiques au premier rang desquelles le lancement d'un grand plan d'investissement pour moderniser le tissu hospitalier et surtout accélérer le virage numérique. Ils

ont également souhaité baser leur transformation sur les soins de première ligne et rapprocher le pilotage du système de santé au plus près du terrain en engageant un mouvement de décentralisation très profond. C'est ainsi que 5 régions ont été créées avec la mission de piloter directement le système de santé, de l'adapter aux besoins de chaque territoire mais aussi et surtout de superviser la mutation du système hospitalier, en lien direct avec les besoins et évolutions du territoire. Dans le même mouvement, les municipalités se sont vues confier des responsabilités en matière de santé et d'autonomie, avec notamment la charge d'intégrer une dimension santé dans l'ensemble de leurs politiques, qu'il s'agisse de l'aide aux aidants, de la conception d'espaces urbains favorables à l'activité sportive ou encore de la prévention aux plus jeunes âges de la vie. Ce qui est intéressant, c'est que cette décentralisation s'est accompagnée, d'une part d'une responsabilisation financière des collectivités (une région est ainsi responsable financièrement d'éventuels déficits hospitaliers) et, d'autre part, d'un repositionnement du rôle de l'État sur ses missions fondamentales que sont la garantie de la cohérence de l'ensemble du système, la lutte contre les inégalités et surtout la préparation de l'avenir du système au moyen de grands plans tels que celui de la médecine personnalisée ou de la digitalisation de toutes les

étapes du parcours de soins. Le dernier enseignement que cette expérience nous apporte est celui du besoin de continuité. En effet, les responsables danois ont su faire de la réforme du système de santé un point de convergence politique, permettant aux réformes de s'appliquer progressivement et surtout de ne pas être remises en cause au gré des changements de gouvernement. Cette constance dans le temps est un point crucial pour comprendre la réussite des réformes danoises.

Pour un Français, visiter un service d'urgence danois est assez déconcertant tant le calme y règne et tant la fréquentation est modérée.

Le médecin généraliste salarié est un pivot au Danemark de la coordination des différents acteurs de soins et participe à la régulation de l'offre de soins hospitalière, la France devrait-elle se doter d'un schéma organisationnel identique ?

Pour moderniser son système de santé et mieux répondre aux besoins des patients, les Danois ont très tôt compris que les soins de premier recours constituaient une priorité absolue. Ainsi, le plan de réformes

de 2007 a-t-il fait du renforcement du rôle des professionnels de santé de première ligne un point clé, d'abord en les positionnant en régulateur central du parcours de santé, d'autre part en poussant très loin les coopérations professionnelles et les délégations de tâches. Ce sont donc des équipes pleinement pluriprofessionnelles qui sont aujourd'hui au cœur du système de santé danois et qui ont fait l'objet de toutes les attentions du gouvernement. Au-delà de la revalorisation de leurs conditions d'exercice et de leurs missions, de nouvelles régulations ont été mises en place, dont l'illustration la plus spectaculaire est celle de l'accès aux urgences. Pour un Français, visiter un service d'urgence danois est assez déconcertant tant le calme y règne et tant la fréquentation est modérée. C'est que les patients ont désormais l'obligation, en cas de besoin de santé ressenti comme urgent, de contacter une plateforme téléphonique de régulation, avec au bout du fil un médecin qui va l'orienter vers la structure la plus adaptée à son état. Ce schéma a été rendu possible par un effort de pédagogie très poussé mais également par l'obligation faite aux médecins et aux structures de soins de première ligne de réserver des plages de consultations aux demandes non programmées et d'accepter les rendez-vous

pris automatiquement depuis la plateforme téléphonique de régulation. Plutôt qu'une mesure isolée, c'est donc tout un plan d'ensemble basé sur les médecins de proximité qui a permis d'obtenir des résultats concrets et notamment de mettre fin à la crise des urgences.

Quels sont selon vous les freins qui empêchent aujourd'hui la France de mener une réforme d'ampleur pour son système de santé à l'instar de celle initiée au Danemark en 2007 ?

En matière de santé, la France n'est pas en manque de réformes et il serait inexact de dire que notre système n'a pas pu progresser. Des réformes importantes ont été conduites mais il est vrai, en revanche, que ces réformes ont plutôt visé à aménager le système de santé existant plutôt qu'à engager des réformes systémiques et des réformes de son pilotage. Cela s'explique par le fait que nos organisations ont atteint un niveau de complexité très fort qui rend difficile toute volonté de réforme profonde car toucher à une partie de l'édifice risque de faire vaciller l'ensemble. Mais l'essentiel pour moi n'est pas là. Le principal obstacle à une réforme globale est le fait que la santé

reste curieusement en France un sujet réservé aux experts. Bien que première préoccupation des Français, rares sont les débats consacrés à la santé pendant les campagnes électorales, si bien que nos concitoyens n'ont jamais réellement eu leur mot à dire sur les questions majeures qui touchent nos organisations et le cap pris par notre système. Alors qu'aux États-Unis, en Espagne ou encore au Royaume-Uni, la santé fait partie intégrante du débat politique, la France n'est jamais vraiment parvenue à dessiner une vision de l'avenir de notre système qui soit portée par les citoyens, entraînant la défiance que nous observons chaque jour. Au Danemark, le débat public a ainsi été au cœur des dynamiques de transformation, conduisant les responsables politiques à proposer des choix clairs et à les suivre dans la durée. Surtout, il ne faut jamais oublier qu'il serait illusoire de vouloir dupliquer un autre modèle en France. Chaque pays a son Histoire, sa culture, ses organisations et une réforme doit s'inscrire dans ce fil. Ce sont donc bien d'inspirations dont nous avons surtout besoin plutôt que de modèles.



LE GOUVERNEMENT A INITIÉ DEPUIS 2012, UNE POLITIQUE KEYNÉSIENNE D'INVESTISSEMENT PERMETTANT LA MODERNISATION ET LA CONSTRUCTION DE 16 HÔPITAUX D'ICI À 2025 AVEC RETOUR SUR INVESTISSEMENT CONTRACTUALISÉ.

Cette économie d'échelle a été générée par le programme de « super-hôpitaux ¹² » portant d'une part sur la construction ou la reconstruction de ces 16 hôpitaux, d'autre part en intégrant l'essor de l'ambulatoire et son intégration à la ville. Les Pouvoirs publics, dans le cadre de l'objectif clairement défini d'une amélioration globale du système de santé, se doivent d'assurer un égal accès de tous les citoyens à des services de santé modernes. Ainsi, ce programme dispose d'un budget de 6,6 milliards d'euros afin que les Régions puissent construire de nouveaux hôpitaux ; 1 milliard d'euros devant être affecté exclusivement au développement de la technologie et aux équipements.

Par ailleurs, l'accréditation et l'évaluation hospitalière ont

conduit à la détermination de seuils d'activité impliquant la fermeture des petites unités et la mise en place d'une politique de réseau d'autant plus incitative que le malade peut se faire soigner dans une autre Région, s'il n'a pas une prise en charge locale... aux frais de sa Région d'origine ! En 2007, le pays a ainsi mené à bien un programme de fermeture d'hôpitaux, mis en place de nouvelles unités numérisées et de ce fait plus performantes. En 1981, le Danemark disposait de 128 hôpitaux pour 61 en 2018, pour ne laisser place qu'à 53 d'entre eux en 2025. En amont, une importante concentration des spécialités médicales dans le domaine des urgences a été effectuée puisque le nombre d'hôpitaux accueillant ces services passera de 40 à 21¹³. Enfin, afin d'inciter les Régions à

une réorganisation globale du parc hospitalier, le gouvernement ne libère les financements qu'à la condition contractuelle de fermeture des hôpitaux vétustes.

Depuis 2007, une fois le diagnostic établi, la garantie d'accès aux soins prévoit qu'un patient ne doit pas attendre plus de 30 jours avant de subir une intervention¹⁴. Passé ce délai, il peut choisir un établissement privé aux

L'agence nationale de santé danoise avait délivré trois recommandations : création de nouvelles infrastructures hospitalières, réduction de moitié des hôpitaux intégrant des services d'urgences, mise en oeuvre d'un secteur hospitalier fonctionnant en continu, et a jugé parallèlement nécessaire de renforcer le système de soins primaires et de soins ambulatoires.

frais de la Région. De nombreux outils d'information sont mis à la disposition des patients pour les guider dans leurs choix, particulièrement sur l'état des hôpitaux et leurs rendements, largement favorisé par la politique de

transparence danoise par laquelle la liberté de choisir son prestataire de soins prend tout son sens et constitue concrètement l'un des jalons forts du système de santé.

Le déploiement du numérique

En 2007, le paysage hospitalier n'était donc plus satisfaisant, ni pour le patient ni pour l'acteur. Le gouvernement s'est donc interrogé sur la nécessité d'investir dans de nouveaux hôpitaux. L'agence nationale de santé danoise avait délivré trois recommandations : création de nouvelles infrastructures hospitalières, réduction de moitié des hôpitaux intégrant des services d'urgence, mise en oeuvre d'un secteur hospitalier fonctionnant en continu, et a jugé parallèlement nécessaire de renforcer le système de soins primaires et de soins ambulatoires. L'objectif principal étant de limiter l'accès aux urgences, en incitant les patients à se rendre en priorité chez leur médecin généraliste, qui assure les petites urgences.

Dans le même temps, le gouvernement, pour répondre efficacement au vieillissement de la population, à l'accroissement des maladies chroniques et des dépenses de santé a initié un virage numérique

permettant ainsi le développement de l'innovation tout en investissant massivement dans le secteur de la santé connecté et de la télémédecine¹². Rien d'étonnant à ce que le Danemark figure actuellement parmi les géants mondiaux en matière de digitalisation. Le pays a construit un véritable écosystème numérique et notamment pour le partage des données de santé. C'est l'un des pionniers en matière de numérisation, identifiée comme une priorité nationale depuis 15 ans ! Et de surcroît un leader dans le secteur des registres de soins de santé unique et d'infrastructures. La question du partage des données de santé entre acteurs n'est donc plus un sujet ! C'est désormais une pratique habituelle ! Bien qu'un cadre éthique puisse toujours être amélioré, les Danois ne sont en aucun cas dubitatifs, voire même suspicieux envers l'État quant à l'utilisation de leurs données... Quelle idée singulière d'accorder une confiance aveugle à l'État dirait un Français... oui mais voilà ce n'est pas la même culture... Danois n'est pas Français !!! Élémentaire mon cher Watson...

Et les effets positifs n'ont pas tardé à se faire ressentir... le déploiement du numérique au Danemark a engendré une baisse du nombre d'hospitalisations tout comme une réduction de la durée du séjour moyen aux urgences à 4 heures¹⁵... Depuis 2004, tous les Danois disposent d'un dossier médical partagé, le bon fonctionnement de ce dispositif et

l'essor du numérique au sein des établissements de santé ont facilité les relations entre la ville et l'hôpital. Ce dossier permet d'identifier les patients lors du transport en ambulance et ainsi de les orienter efficacement dès leur arrivée à l'hôpital. Une meilleure identification du patient soigné et du lieu de soins par le biais d'un écran permettent de suivre les flux.

Les patients peuvent y inscrire des informations « privées », ce sont donc eux qui décident de l'accès à leur dossier, mais bien évidemment en cas d'urgence le médecin peut y accéder... Pour mémoire, la France ne compte aujourd'hui que 6 millions de DMP d'ouverts - et pas naturellement alimentés - tout reste donc à faire...

La prévention et la responsabilisation

Afin de répondre efficacement au développement des maladies chroniques et du vieillissement de la population, les Danois ont repensé la conception de leur système de santé. Un investissement important a été réalisé en matière de prévention, principalement intégrée dans des centres de santé distincts des hôpitaux, l'objectif étant d'orienter le moins souvent possible les patients vers l'hôpital, considéré comme gage de confort pour le patient et également gage d'économie pour le système. Le gouvernement a donc

centré sa politique sur la prévention et sur la participation active du patient, acteur de sa santé, le patient est informé et responsabilisé : éducation thérapeutique, informations, utilisation du numérique (notamment pour la gestion des maladies chroniques dont souffre 1/3 de la population danoise).

D'autre part, un comité de santé se réunit dans les Régions tous les 4 ans, réunissant médecins généralistes, hospitaliers et représentants des Municipalités pour élaborer des accords de santé visant à cibler les besoins de la population et d'y répondre efficacement.

Enfin, les Danois souhaitent retarder au maximum l'entrée des personnes âgées dans les maisons de retraite, coûteuses pour la collectivité... Pour maîtriser les dépenses de santé et répondre efficacement aux défis du vieillissement, le pays a conçu une politique visant à accentuer leur indépendance et leur autonomie. Les Municipalités dans le cadre de leurs attributions en matière de prévention doivent ainsi assurer le maintien de l'autonomie par la mise en oeuvre de mesures de rééducation et de réadaptation à destination des personnes âgées qui doivent avoir accès à des services de soins à domicile proposés après évaluation de leurs besoins individuels. Ainsi, des visites à domicile doivent leur être proposées et notamment pour les personnes vulnérables, de 65 à

79 ans en cas de besoin et à toute personne âgée de plus de 80 ans chaque année.

Quels enseignements pour la France !

Il y a 12 ans, le système de santé danois était refondu, et il semble fonctionner : baisse de la fréquentation des urgences hospitalières, augmentation de l'espérance de vie... le tout pour un budget de santé par habitant

” **En France actuellement, on ne peut que déplorer l'absence d'une transformation structurelle qui devrait accompagner le développement de ce progrès afin de lui conférer une optimisation efficiente.**

sensiblement équivalent à celui des Français.

En France actuellement, on ne peut que déplorer l'absence d'une transformation structurelle qui devrait accompagner le développement de ce progrès afin de lui conférer une optimisation efficiente. Or, ce n'est qu'à cette condition que l'on parviendra à l'objectif ultime, c'est-à-dire la pérennisation de cette réduction des dépenses devenue indispensable. La limitation du nombre de lits dans les services, désormais *in fine* inutiles par le développement de la médecine ambulatoire doit être une des priorités, voire la clé de voûte de cette transformation.

Même si la Fédération Hospitalière de France tempère son ardeur, la Cour des comptes chiffre l'économie potentiellement réalisable à 6 milliards d'euros... excusez du peu !... Derrière la querelle d'experts, une réalité s'impose : le parc hospitalier est en surcapacité ! Là encore aucune provocation ! C'est l'absence de courage politique, celui qui doit froidement tirer les conséquences de cette nouvelle architecture de l'offre hospitalière, provoquée par le progrès médical qui est une des origines du déficit hospitalier.

La reconversion des lits de médecine et de chirurgie doit s'opérer vers le social et le médico-social, afin de faire évoluer les structures et donc optimiser

les coûts, mais aussi de répondre au vieillissement de la population comme au développement des pathologies chroniques, engendrant *de facto* une redéfinition des périmètres des métiers. Le vote récent de la loi "Ma santé 2022" va certes dans le bon sens. Le pouvoir réglementaire saura-t-il pour autant éviter le piège des plus conservateurs pour ouvrir le chantier des nouveaux métiers ? Car derrière ce débat se cachent des revenus ou des situations de rentes et donc de potentiels agacements, vexations voire crises...

Naturellement, personne ne peut nier que le progrès « coûte » à court terme... Néanmoins, le progrès s'impose à des techniques anciennes et désuètes. Il est aussi nécessaire qu'irréfutable ! Les études démontrent clairement que cette substituabilité doit conduire logiquement à ne plus rembourser certains médicaments ou examens complémentaires devenus *de facto* inutiles et plus encore inopérants. La décision de ne plus rembourser l'homéopathie illustre si besoin est le bien fondé du raisonnement... Ne nous arrêtons, pas de grâce, au milieu du gué !

Face à la nécessité de ce changement, ne sous-estimons pas les difficultés que rencontre notre système pour se réformer... En effet, combien de structures sont condamnées par le progrès technique et médical et maintenues uniquement pour des

INTERVIEW

ETIENNE TICHIT

Corporate Vice-President et Directeur Général de
Novo Nordisk – France depuis le 1^{er} Octobre



Vous venez d'être nommé à la Direction générale de Novo Nordisk France, entreprise de santé danoise occupant une place de premier rang dans le traitement de diverses pathologies chroniques notamment le diabète. Quelles sont vos ambitions quant à l'évolution du groupe en France ?

Novo Nordisk a construit son succès et développé son expertise en France à travers sa filiale créée en 1959 et son site de production à Chartres créé en 1961. C'est d'ailleurs le deuxième plus important du Groupe et l'un des plus grands sites de production d'insuline dans le monde.

Mon ambition est d'abord de répondre du mieux possible aux besoins des patients par l'expérimentation,

la commercialisation et la mise à disposition de traitements et solutions innovantes dans nos domaines d'expertise comme le diabète, l'hémophilie et les troubles de croissance. Parmi les solutions innovantes, dans le cadre du programme gouvernemental ETAPES, nous accélérons notre développement dans le digital par la mise à disposition de solutions connectées ouvrant de formidables opportunités pour aider les personnes atteintes de diabète à contrôler leur maladie. La France est un grand pays des sciences de la vie et de talents dans ces domaines. Ma volonté est aussi de poursuivre l'ouverture de Novo Nordisk France vers l'international, contribuer au rayonnement de l'expertise scientifique et industrielle française.

Novo Nordisk apporte des réponses aux besoins des personnes atteintes de diabète et d'autres maladies chroniques en élaborant des traitements innovants, pourriez-vous nous présenter les innovations phares du groupe ?

Novo Nordisk innove depuis près de 100 ans dans le traitement des diabètes de type 1 et 2 et les dispositifs d'injection. La société est née au Danemark en 1923, juste après la découverte de l'insuline par Banting et Best. Au cours de son existence, elle a développé de nouvelles formes d'insuline, d'action rapide, ou longue pour répondre à la diversité des besoins

Novo Nordisk croit en la France ! La politique d'investissement et de formation continue des équipes, menée à Chartres depuis près de 60 ans, en témoigne.

et procurer une plus grande sécurité d'emploi. Ainsi, en collant au plus près de la physiologie avec les dernières générations d'insulines, il est aujourd'hui possible d'envisager une mise à l'insuline en réduisant les hypoglycémies de façon notable, de compenser les apports glycémiques au moment des repas et d'envisager des optimisations thérapeutiques avec des schémas simples et des dispositifs plus innovants.

Premier fournisseur mondial d'insuline, Novo Nordisk est aussi un acteur majeur des nouvelles classes d'antidiabétiques comme les analogues du GLP-1 qui offrent à la fois une amélioration significative de la glycémie, une perte de poids trop souvent associée avec le diabète et une protection cardiovasculaire récemment démontrées. D'une forme injectable quotidienne, nous avons su innover et développer une forme injectable hebdomadaire et sommes aujourd'hui les premiers à commercialiser une forme orale autorisée aux États-Unis.

L'expertise de Novo Nordisk s'étend à d'autres maladies métaboliques comme l'obésité et la stéatose hépatique non-alcoolique (NASH) ainsi qu'aux maladies cardiovasculaires. Par ailleurs, notre société occupe une place de premier plan dans le traitement de l'hémophilie et des déficits

en hormone de croissance en diversifiant son portefeuille par le développement et la commercialisation de traitements à longue durée d'action pour améliorer la qualité de vie des patients.

Quelles sont les caractéristiques d'une entreprise imprégnée par la culture danoise. Êtes-vous différents des autres ?

Novo Nordisk est régi par une fondation privée, qui a pour objectif de financer des projets scientifiques, humanitaires et sociaux, et de constituer un actionariat stable. C'est un mode de gouvernance qui privilégie la vision à long terme. Ce modèle d'entreprise est très courant dans les pays scandinaves, beaucoup moins en France même s'il commence à s'y déployer.

La culture d'entreprise danoise se caractérise en interne par l'accent fort mis sur le développement de salariés - via la formation professionnelle et l'apprentissage - et par un dialogue social constructif, illustré notamment par le référendum de 2016 à Chartres. Cette initiative pionnière en France, sollicitée par la CFDT, a permis la mise en œuvre dès 2017 d'un projet de nouvelle organisation proposée par la direction du site, permettant de le rendre plus compétitif, pour attirer à l'avenir plus de volumes et plus d'investissements. Par ailleurs, selon notre Novo Nordisk Way, nous souhaitons concentrer notre recherche et nos activités sur le patient en nous assurant des meilleurs standards de qualité, de

sécurité et d'éthique.

En externe, cette culture se manifeste par la recherche d'échanges riches et transparents avec nos interlocuteurs : professionnels de santé, pouvoirs publics, payeurs, patients et industriels, avec pour objectif de favoriser l'accès des malades aux traitements les plus innovants. Novo Nordisk est une entreprise ancrée et qui interagit avec son écosystème, notamment associatif et de prévention : la course solidaire organisée à l'occasion de la journée mondiale du diabète mi-novembre à Chartres en donne un bon exemple. Elle a réuni 1 500 coureurs l'année dernière !

Une partie de Novo Nordisk est implantée à Chartres depuis près de 60 ans, quelles ont été les motivations et les raisons de ce choix ?

Novo Nordisk est un acteur du « Made in France » et le premier employeur privé d'Eure-et-Loir avec 1 200 collaborateurs. Le groupe a investi 300 millions d'euros depuis 15 ans pour moderniser et agrandir son site de Chartres, en vue de répondre à la croissance de la demande mondiale. Chaque jour, plus de quatre millions de personnes dans le monde bénéficient d'une insuline produite à Chartres. C'est une implantation pérenne, motivée au début des années 1960 par la qualité de la main d'œuvre française par son savoir-faire industriel. Le site spécialisé dans la production de cartouches et de flacons d'insuline est dimensionné pour l'avenir, en

capacité d'accueillir de nouvelles générations de produits. Novo Nordisk croit en la France ! La politique d'investissement et de formation continue des équipes, menée à Chartres depuis près de 60 ans, en témoigne. La volonté de pouvoir poursuivre cette politique a été réaffirmée par notre Président aux deux premières éditions du sommet Choose France. La France doit rester une terre attractive pour les industries d'innovation comme la nôtre. Nous sommes très attachés à continuer des exportations aux quatre coins du globe avec du « Made in France ».

Les Danois sont-ils plus enclin que les Français à autoriser rapidement la mise sur le marché des nouveautés thérapeutiques ?

Il est vrai, qu'en termes d'accès, le Danemark a réussi à se réformer rapidement. Aujourd'hui, les procédures de mise sur le marché de nouveaux traitements mettent en moyenne 155 jours au Danemark (contre 530 jours en France). Comme souvent au Danemark, la récente réforme du « Growth Plan » a été construite de manière très pragmatique avec les entreprises de santé, pour à la fois dynamiser l'attractivité économique du pays et aussi, permettre un accès optimal et rapide aux patients de nouveaux traitements. En France, le Comité stratégique des industries de santé (CSIS) et la réforme « Ma santé 2022 » permettront, probablement, de faire avancer les choses avec l'engagement de chacun d'entre nous aux côtés du LEEM.

Ne nions pas cependant les efforts ! Les GHT sont une avancée tout à fait louable !

enjeux électoralistes ? Plus grave encore, combien de services ne sont plus aux normes, rendus obsolètes par le progrès médical, remettant en cause tant les pratiques, que les situations acquises, et qui faute de décision, engendrent par un *statu quo* inqualifiable une insécurité chronique pour le patient. Pire, ils rendent impossible le financement de structures innovantes ! Enfin, combien de crédits sont alloués tous les ans, quasi-automatiquement pour combler des déficits générés par ce manque d'ambition alors qu'ils auraient été légitimes et utiles aussi bien à la restructuration de l'offre de soins qu'aux nombreux projets restés par manque de moyens financiers au stade de prototype... ? Combien de temps encore devons-nous accepter cette hérésie qui plonge notre système dans une hémiplegie à la fois galopante et stérile ?

Ne nions pas cependant les efforts ! Les GHT sont une avancée

tout à fait louable ! Quand bien même ils n'engagent hélas les hôpitaux qu'à travers des enjeux de coopération. Osons leur donner une personnalité morale induisant le regroupement des CHU en inter-régions notamment pour les activités de recours comme les greffes. Si plus de la moitié des hôpitaux publics sont à l'équilibre, combien sont encore structurellement déficitaires... par le maintien d'activités insuffisantes, mais ne nous vilons pas la face, par aussi des avantages sociaux comme un temps de travail extra réglementaire.

Réduire les dépenses de santé est une nécessité. Chacun en convient ! Les pistes sont nombreuses à cette fin. L'administration doit montrer l'exemple si elle souhaite être légitime lorsqu'elle s'adresse à ses acteurs. Les dépenses administratives représentent 7 % des dépenses de santé en France contre 5,4 % en Allemagne. L'écart représenterait plus de 2,6 milliards d'euros... réduire drastiquement ces dépenses administratives est un impératif ! Regroupons les différentes agences existantes (HAS, ABM, Observatoires, etc.), tel que cela se fait dans toute l'Europe. Bien que nos enjeux soient pluriels, la réforme de la santé du Danemark devra nous inspirer afin de lever les freins idéologiques qui ont tant usé et fragilisé l'hôpital !

Le progrès médical peut se concilier avec la maîtrise des dépenses. Le

INTERVIEW

ANNE SMETANA
DIRECTRICE
HEALTHCARE DANEMARK



In Denmark, the GP has the function as gatekeeper, which means that patients do not have direct access to specialists or the emergency department. Denmark has a strong focus on outpatient treatment and the possibility for patients to be treated in their own homes. Research results from e.g. Telecare North shows that telemedicine solutions provide good results for the benefit of patients.

Denmark is one of the most digitalised countries in the world, and has built a real digital ecosystem, so what were the stages of its development?

Stage 1

Denmark has optimized workflows by implementing digital solutions in hospitals and phasing out the traditional administrative tasks including pen and paper.

Stage 2

Denmark has developed a health data network with the purpose to exchange information across the healthcare system.

Stage 3

Data has been used to develop a national e-health portal where citizens and healthcare professionals have easy online access to personal health data such as prescriptions, laboratory responses and vaccination records.

Denmark must manage the aging of the population and chronic diseases. Therefore, which means have been established to cope with these issues?

In Denmark, we work with a systematic focus on prevention and early detection of chronic diseases. This means that the primary sector, including GPs, is used to a greater extent for systematic follow-up and control of chronically ill patients. In addition, we have implemented national telemedicine solutions for patients with COPD and heart diseases.

Denmark promotes a policy to maximize the number of out-of-hospital procedures, so which means are being used to limit access to the hospital?

progrès en santé n'implique pas systématiquement une augmentation des dépenses... À condition de tirer les conséquences du progrès technique et de l'évaluer... d'oser !

À ce titre une modélisation du système danois à une région française comme la région Auvergne-Rhône-Alpes, permettrait de développer de nombreuses réflexions, si Anne Smetana dit que « La France est le pays qui nous rend le plus

visite au monde », c'est bien que l'intérêt des acteurs peut trouver consensus dans les grands défis qui existent aujourd'hui et ceux qui viendront demain... ■

1. Max Weber, L'Éthique protestante et l'Esprit du capitalisme.

2. « Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne : Le Danemark - Haut conseil de la santé publique », rubriques international

3. « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe », DREES

4. Dictionnaires et Encyclopédies, Academic

5. « Les taux de TVA par pays en Europe » - Expert comptable

6. Impôts sur le revenu - Ambassade de France au Danemark

7. « La réforme des collectivités locales au Danemark », Conseil de l'Europe

8. Cédric Arcos « Sans décentralisation, la réforme du système de santé échouera »

8/10/18 Le Figaro

9. « Healthcare in Denmark an overview » - Ministry of health

10. « Comment le Danemark a renforcé son système de santé autour du médecin généraliste » - www.cadredesante.com

11. Anne Smetana, directrice de Healthcare Danemark. www.gazette-sante-social.fr

12. « Le système danois, un exemple pour la France ? » - SFMU

13. Idem

14. « Pour un système de santé universel et efficace » - institut économique de Montréal

15. « Un modèle nordique séduisant » - Réseau CHU



LE PORTRAIT



CHIRAC ET LE CHOMAGE

S'il semble encore trop tôt pour dresser le bilan de l'action de Jacques Chirac, il apparaît néanmoins mission impossible que de vouloir dresser le tableau de la France politique de l'après-guerre à nos jours sans évoquer la place incontournable qu'il a occupée pendant 50 ans.

Au plan politique, l'Histoire retiendra et devra approfondir l' élu local, le défenseur inconditionnel du monde rural mais aussi le premier maire de Paris élu au suffrage universel, occupant de nombreux postes ministériels. Deux fois Premier ministre dont celui de la première cohabitation de la V^e République, sous la première présidence de François Mitterrand, Président de deux partis politiques qu'il a créés, le RPR et l'UMP, Jacques Chirac est élu Président de la République en 1995 et réélu en 2002 avec plus de 80 % des voix.

Rappelons simplement et succinctement dans ces colonnes le rôle de Jacques Chirac dans la lutte contre le chômage, puisque celle-ci est peu mise en valeur par les différents observateurs.

C'est lorsqu'il devient secrétaire d'État aux Affaires sociales chargé des problèmes de l'emploi qu'il crée l'ANPE (Agence Nationale Pour l'Emploi) en juillet 1967 (soit 9 ans après la création du régime de l'Assurance chômage par le Général

C'est lorsqu'il devient secrétaire d'État aux Affaires sociales chargé des problèmes de l'emploi qu'il crée l'ANPE (Agence Nationale Pour l'Emploi) en juillet 1967 (soit 9 ans après la création du régime de l'Assurance chômage par le général de Gaulle). La France compte alors 430 000 demandeurs d'emploi, soit 2 % de la population active.

de Gaulle). La France compte alors 430 000 demandeurs d'emploi, soit 2 % de la population active. Pour le gouvernement Pompidou, la création de cet établissement public n'est qu'une modernisation de l'existant que sont les bureaux des services extérieurs du travail et de la main-d'oeuvre (Setmo) mis en place au lendemain de la seconde guerre mondiale.

L'Agence se voit confier l'inscription des demandeurs d'emploi, la prospection des emplois disponibles et le placement soit une mission d'intermédiation, mais aussi l'accueil et l'information des salariés, l'orientation vers la formation, l'établissement des statistiques du marché du travail. Elle fusionnera avec le réseau des Assedic en 2008 pour créer Pôle emploi.

C'est en mai 68 que Jacques Chirac se fait connaître de l'opinion publique. La France connaît la plus importante grève générale de son Histoire et les événements de Mai 68 resteront gravés à tout jamais dans la mémoire de toute une génération

de jeunes Français qui rêvent d'autogestion, de liberté sexuelle, de nouveaux horizons. Le pouvoir politique et les organisations syndicales pris de court, sont complètement dépassés. Ce sont 7 millions de grévistes qui paralysent le pays. « C'est la chienlit » dira

À n'en pas douter, Jacques Chirac, artisan de cette négociation réussie retiendra qu'il n'y a pas de démocratie sociale sans corps intermédiaire... Puisse-t-il aujourd'hui être entendu !!!

Dans la mémoire collective, bien que de nature différente, les accords de Grenelle restent avec les accords Matignon de 1936, deux grandes phases d'avancée sociale à tel point que le mot « Grenelle » devenu désormais « générique » est accolé à des négociations et accords déterminants pour l'avenir de notre société tel le « Grenelle de l'environnement ».

Lors de la première cohabitation de la V^e République (1986-1988), avec son ministre Philippe Séguin, Ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, il développe en matière d'emploi une politique libérale. Le 8 juin 1986, il fera voter la suppression administrative de licenciement et le 11 août de la même année, dans le cadre d'une ordonnance, il subordonnera le recours au travail intermittent pour les entreprises à un accord préalable. L'année suivante, le 19 juin, la loi sur l'aménagement du temps de travail visera à donner plus de souplesse aux entreprises. La loi du 10 juillet portant sur le chômage de longue durée aura certes peu d'effet alors qu'avec celle, à la même date, portant sur l'emploi des travailleurs handicapés, il introduira la notion « d'obligation d'emploi » à travers une politique de quotas suivant la taille des entreprises.

le Général de Gaulle. En désespoir de cause, le Premier ministre Georges Pompidou réunit le 26 mai les organisations patronales et syndicales au Ministère du Travail, rue de Grenelle. Cette réunion tripartite à laquelle participe le jeune Secrétaire d'État à l'Emploi, Jacques Chirac, revolver dans la poche, trouvera son dénouement le 27 mai après 2 jours de négociation. Les accords de Grenelle seront conclus sur - entre autres - la base d'une augmentation du SMIG de 35 %, d'une augmentation des salaires, de 10 %.

Cette politique porte ses fruits puisque le chômage enregistre 10,5 % des actifs en 1986, 10,3 % en 1987 pour atteindre 9,8 % en 1988.

En 1995, lors de sa campagne présidentielle victorieuse, Jacques Chirac fait du concept élaboré par Marcel Gauchet, la fracture sociale, le thème principal de son programme. Sur les 12 ans de présidence chiraquienne, la moitié se déroulera dans le cadre d'une cohabitation avec Lionel Jospin comme Premier ministre qui sous la houlette de sa ministre du Travail et de la Solidarité, Martine Aubry, mettra en place la loi très controversée des 35 heures, réformée dès 2002 par le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre.

Enfin en 2006, Dominique de Villepin, son dernier Premier ministre, décide de transformer le Contrat de nouvelles embauches (CNE) en contrat de premier embauche (CPE) qui provoque de nombreuses manifestations du monde syndical et étudiant qui auront pour conséquence l'abandon de telles mesures. Fait rarissime, la loi votée ne sera pas promulguée !

Malgré des approches politiques et économiques pour le moins fluctuantes, les années de présidence de Jacques Chirac verront le chômage baisser, passant de 11,3 % à son arrivée à 8,4 % au moment de son départ.

Est-ce parce que Jacques Chirac

déclarait dès 1976 péremptoirement que « nous sommes au bout du tunnel »... et renchérisait en 2004 par « les signes de redressement se multiplient » que son image dans cette lutte interminable pour l'emploi s'est brouillée ou est-ce parce qu'il a cru et il n'est pas le seul loin s'en faut que le chômage était un phénomène administratif voire législatif qu'il déclare le 22 mai 1995 (devant le corps préfectoral) : « Alors que le chômage ronge notre pays et menace la cohésion nationale, je viens vous dire que je veux que vous soyez, chacun dans votre département, les fers de lance de notre bataille pour l'emploi... Je viens vous dire, sans aucun ménagement, que je suivrai personnellement votre action. Sachez que je serai très attentif aux résultats de chacun d'entre vous. Sachez aussi que votre réussite sur l'emploi, dans votre département, sera le critère absolument essentiel d'appréciation de votre mérite et donc de sa reconnaissance... Nous devons vaincre le chômage. Cela dépend en partie de vous. Nous pouvons le faire »...

Qu'ont-ils fait depuis nos hauts fonctionnaires que la planète envie!!! ■



PAROLE D'EXPERT

LA LOI « PACTE » OU LE RENOUVEAU DE L'ÉPARGNE RETRAITE D'ENTREPRISE ?

BORIS LÉONE ROBIN
AVOCAT SÉNIOR CHEZ
AUGUST DEBOUZY

L'épargne retraite est aujourd'hui peu développée en France par rapport à d'autres dispositifs d'épargne : Elle représentait fin 2016 un encours total de 219 milliards d'euros contre 1 700 milliards d'euros pour l'assurance vie et près de 400 milliards d'euros pour le livret A et le LDDS.

À l'heure où la réforme des régimes de retraite obligatoires pourrait aboutir à une diminution des droits de certains, notamment des plus hautes rémunérations, le législateur a entendu donner un coup de pouce à ces dispositifs d'épargne retraite. Pour ce faire, l'article 71 de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 dite « loi Pacte » crée, dans le code

monétaire et financier, un nouveau chapitre intitulé « Plans d'Épargne Retraite » (ci-après « PER »), tout en renvoyant le soin, à une ordonnance, un décret et un arrêté, d'apporter des précisions complémentaires sur le régime juridique, fiscal et social de

L'épargne retraite en France avant « Pacte » rimait avec complexité et peinait à trouver sa place entre épargne salariale et assurance-vie.

“

ces dispositifs. Deux mois plus tard, voici qu'est publiée l'ordonnance n° 2019-766 du 24 juillet 2019 portant réforme de l'épargne retraite.

Le ministère de l'Économie et des Finances, dans un communiqué de presse du 24 juillet 2019 y voit la création de « produits d'épargne retraite plus attractifs pour les épargnants, car plus simples, plus flexibles et plus fiscalement avantageux ».

Est-ce véritablement un big bang de l'épargne retraite en France comme certains aiment à le qualifier ?

Le cadre juridique avant « Pacte »

L'épargne retraite en France avant « Pacte » rimait avec complexité

et peinait à trouver sa place entre épargne salariale et assurance-vie. Les dispositifs souffraient de l'absence de cadre juridique commun. Il existait ainsi trop de dispositifs présentant des caractéristiques et des règles juridiques différentes.

Entre les contrats collectifs et obligatoires d'entreprise (dits « article 83 »), les dispositifs « article 82 », les PERE, les PERP, les contrats Madelin et Madelin agricoles (pour les travailleurs indépendants), les PERCO mais aussi les contrats PREFON, CRH ou COREM, l'épargnant pouvait s'y perdre sans compter les hypothèses assez limitées de transfert ou portabilité d'un dispositif vers un autre en cas de mobilité...

Tout ceci a vraisemblablement contribué à freiner le recours à ces dispositifs.

Le cadre juridique après « Pacte »

La loi Pacte crée le PER, lequel peut être ouvert au niveau d'une entreprise, il s'agira alors d'un Plan d'Épargne Retraite d'entreprise (ou « PER d'entreprise»), ou de manière individuelle, il s'agira alors d'un Plan d'Épargne Retraite individuel (ou « PERI »).

Concernant le PER d'entreprise, deux produits coexistent :

- Le PER d'entreprise collectif et,
- Le PER d'entreprise obligatoire.

Ces deux dispositifs peuvent également être regroupés au sein d'un PER d'entreprise collectif ou être mis en place au niveau interentreprises.

Des règles de fonctionnement communes

Des règles juridiques communes à tous les PER ont été créées par la loi Pacte et complétées par l'ordonnance du 24 juillet. Elles s'appliquent ainsi aux dispositifs d'épargne retraite d'entreprise.

Gestionnaires : alors qu'avant Pacte chaque dispositif était géré exclusivement par un seul type d'acteurs (les banques pour le PERCO et les organismes assureurs pour les « article 83 »), tous les plans d'épargne retraite peuvent désormais donner lieu :

- à l'ouverture d'un compte-titres auprès d'une société de gestion ;
- à l'adhésion à un contrat d'assurance de groupe auprès d'un organisme assureur (société d'assurance, institution de prévoyance ou mutuelle) ;
- à l'adhésion à un contrat ayant pour objet la couverture d'engagements de retraite supplémentaire auprès d'un organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS ou FRPS).

Affectation des actifs : le Code monétaire et financier dresse une liste d'actifs susceptibles d'être proposés par les gestionnaires. Quelques différences demeurent selon que le dispositif donne lieu à l'ouverture d'un compte-titres, à l'adhésion à

un contrat d'assurance de groupe ou à un ORPS.

Sauf décision contraire et expresse du titulaire, les versements sont affectés selon une allocation de l'épargne permettant de réduire progressivement les risques financiers pour le titulaire (gestion pilotée par défaut).

Alimentation du PER : les PER sont désormais composés de compartiments, correspondant chacun à une source d'alimentation. À noter que pour certains types de

”

Les droits constitués sur le PER sont disponibles au plus tôt à compter de l'âge légal de départ à la retraite (62 ans) ou à la date de liquidation de la pension de retraite.

versement, des règles spécifiques peuvent exister en fonction des produits. De fait, dans la mesure où cela va avoir des incidences sur le régime fiscal, les cas de sortie anticipée et les modalités de sortie (rente ou capital), les gestionnaires vont être tenus de tenir un registre des sommes versées par les bénéficiaires, compartiment par compartiment.

Transfert entre PER : l'un des objectifs affiché par le gouvernement est de permettre à l'épargnant, tout au long de sa vie « de regrouper son

épargne dans un unique produit, et de faire jouer la concurrence à tout moment ». Le principe est fixé par le Code monétaire et financier : « Les droits individuels en cours de constitution sont transférables vers tout autre plan d'épargne retraite ». Malgré ce principe, que l'on aurait pu penser inconditionnel, des limites sont toutefois fixées :

- Les droits individuels relatifs aux PERE auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire ne sont transférables que lorsque le titulaire n'est plus tenu d'y adhérer ;
- Avant le départ du titulaire de l'entreprise, le transfert des droits individuels relatifs aux PER collectifs vers un autre PER est limité à un transfert tous les 3 ans.

Les frais de transfert sont également encadrés :

- ils ne peuvent excéder 1 % des droits acquis ;
- ils sont en revanche nuls à l'issue d'une période de cinq ans à compter du premier versement dans le plan ou si le transfert intervient à compter du départ en retraite du bénéficiaire ou de l'âge de départ autorisé.

Disponibilité de l'épargne : les droits constitués sur le PER sont disponibles au plus tôt à compter de l'âge légal de départ à la retraite (62 ans) ou à la date de liquidation de la pension de retraite.

Les droits constitués dans le cadre du PER peuvent toutefois être, à la demande du titulaire, liquidés ou rachetés avant cette échéance dans des cas spécifiques prévus par l'ordonnance (décès, invalidité,

surendettement, acquisition de la résidence principale, etc.). Ces cas ne concernent plus seulement les « accidents de la vie » mais s'étendent à l'achat de la résidence principale (pour les versements volontaires et ceux issus de l'épargne salariale). Un nouveau cas de déblocage pour certains mandataires sociaux est également prévu.

Prestations : les droits issus des versements volontaires et de l'épargne salariale sont délivrés, au choix du titulaire (i) sous forme de rente viagère ou (ii) sous forme de capital libéré en une fois ou de manière fractionnée.

Les droits issus des versements obligatoires peuvent être délivrés sous forme de rente viagère uniquement.

Information des bénéficiaires : l'information des bénéficiaires est renforcée, tant par l'employeur que par les gestionnaires des plans. Une information à l'ouverture du plan, en cours de constitution des droits, à la liquidation et à l'occasion des transferts est prévue.

Enfin, cinq ans avant la liquidation de sa retraite, le titulaire peut interroger le gestionnaire du plan afin de s'informer sur ses droits et sur les modalités de restitution de l'épargne appropriées à sa situation.

Régime fiscal et social : les régimes fiscaux et sociaux du financement et des prestations vont dépendre du type d'alimentation et du choix, du titulaire, d'une sortie

en rente ou en capital.

Relevons que pour les versements volontaires affectés au PER collectif et au PER obligatoire, les titulaires disposent d'une option entre (i) déductibilité de leur revenu sur le financement et imposition de la rente au titre des rentes viagères à titre gratuit et (ii) imposition sur le revenu du financement et imposition de la rente au titre des rentes viagères à titre onéreux.

Les spécificités des dispositifs d'épargne retraite d'entreprise

Deux produits d'épargne retraite d'entreprise subsistent : un produit collectif, ouvert à tous les salariés et ayant vocation à succéder aux actuels PERCO, et un produit pouvant être réservé à certaines catégories de salariés et prenant la succession des actuels contrats « article 83 ». Ces produits peuvent également être regroupés en un seul.

Les principales différences entre ces produits concernent les bénéficiaires ainsi que les modalités d'alimentation.

Par défaut, la gouvernance du PER d'entreprise collectif est assurée par le ou les Conseils de surveillance des Fonds Communs de Placement d'Entreprise (FCPE) composant le Plan. Lorsque le plan est composé d'autres actifs que des FCPE, la mise en place d'un Comité de surveillance du plan est obligatoire.

Concernant le PER obligatoire,

une gouvernance particulière est imposée uniquement si le plan peut

”

Afin d'encourager le recours à ces produits « Pacte », les rédacteurs de l'ordonnance ont prévu de faciliter les transferts et transformations entre produits.

être alimenté par l'intéressement et la participation. Dans ce cas, un Comité de surveillance du plan doit être mis en place. Ce Comité est toutefois facultatif dès lors que les versements sont affectés uniquement à l'acquisition de parts de FCPE.

Lorsqu'ils coexisteront, la question de la répartition des rôles entre le Comité de surveillance et les Conseils de surveillance des FCPE pourra se poser.

Le transfert entre générations de produits d'épargne-retraite

Afin d'encourager le recours à ces produits « Pacte », les rédacteurs de l'ordonnance ont prévu de faciliter les transferts et transformations entre produits.

Le transfert individuel, c'est-à-dire sur décision expresse ou avec

accord exprès des titulaires, entre un produit individuel ou collectif existant avant la loi « Pacte » et un produit « Pacte » sera toujours possible sous réserve que :

-pour les droits issus d'un « article 83 », le titulaire ne soit plus tenu d'y adhérer ;

-pour les droits issus d'un PERCO, avant le débat du titulaire de l'entreprise dans laquelle ce PERCO est mis en place, un transfert est possible une fois tous les trois ans uniquement.

À noter qu'à priori, les gestionnaires d'un plan d'épargne retraite ouvert avant le 1^{er} octobre 2020 ne sont tenus d'accepter les transferts qu'à compter de cette date. Cette date devrait être confirmée par décret.

L'ordonnance prévoit également expressément la procédure de transfert collectif entre (i) un PERCO et (ii) un PER collectif. La transformation, sans transfert, d'un PERCO en PER collectif est également prévue, selon une procédure spécifique « allégée ».

Le transfert collectif et la transformation d'un « article 83 » vers un PER collectif ou un PER obligatoire ne sont pas prévus. Faut-il en déduire que cela ne serait pas possible ?

Les régimes d'épargne retraite version « Pacte » sont enfin nés. Ils ont été commercialisés le 1^{er} octobre 2019. Un décret devrait venir préciser la date jusqu'à laquelle il serait possible de continuer à mettre en place des anciens produits, au plus tard le 1^{er} décembre 2020. En tout état

de cause, les produits d'entreprise préexistants à cette date devraient pouvoir continuer à « vivre », notamment accueillir de nouveaux bénéficiaires et financements.

Des chantiers assez phénoménaux vont s'ouvrir pour les gestionnaires : conception des offres, modification des systèmes d'information et gestion, développer les documents et supports d'information, veiller à une traçabilité parfaite des droits pour une transférabilité sans encombre...

Dans les entreprises qui disposent déjà de régimes mis en place avant « Pacte » ou qui n'ont aucun dispositif, il conviendra d'étudier, comparer pour déterminer si elles ont intérêt à abandonner leurs systèmes et mettre en place des dispositifs « Pacte » selon les modalités prévues à cet effet.

Les épargnants pourraient être, par leur mobilité et leur souhait de transférabilité, les éléments-clés de la mise en place et du développement de ces nouveaux dispositifs « plus simples, plus flexibles et plus avantageux fiscalement ».

Il faudra du temps mais il faut dès maintenant s'y atteler ! ■



RETOUR SUR LA CRISE DES URGENCES

PAR YCE PARTNERS

**MANON COUSSEAU
ALINE TRAN
MARION FAUVET
LAMBERT POTTIN**

Malgré le *plan de refondation* annoncé par la ministre Agnès Buzyn, une mobilisation croissante se propage dans toutes les régions, et appelle tous les services hospitaliers, les personnels « de la chaîne des secours » et tout le secteur du médico-social à rejoindre le mouvement.¹

Genèse d'une mobilisation qui dure et s'amplifie depuis 6 mois

Le mouvement de mobilisation des personnels de santé a commencé fin mars 2019, suite à une agression dans un service à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris. Depuis, les infirmiers et aides-soignants initialement mobilisés ont été suivis par les personnels de santé des autres établissements de l'AP-HP puis par des urgentistes et des professionnels de santé partout sur le territoire français. Aujourd'hui, le Collectif Inter-Urgences (CIU) créé au début de la mobilisation pour porter l'amélioration des conditions de travail et d'accueil au sein des structures d'urgence recense **260 services d'urgences mobilisés**, sur les 640 établissements dotés d'une structure d'urgence en France.

Si la mobilisation qui ne cesse de gagner en ampleur traduit l'exaspération actuelle des personnels de santé travaillant dans les services d'urgence des hôpitaux, elle met en lumière une situation déjà problématique depuis plusieurs années : la grève de ces derniers mois était même « prévisible » selon l'association Médecins du Monde qui, dans une tribune publiée dans *Le Monde* écrivait en juillet :

« Ce mouvement, démarré à la mi-mars, fait écho à un profond malaise et à l'épuisement généralisé de ces femmes et hommes qui s'engagent

depuis des années pour soigner l'ensemble de la population au sein de cette institution d'accueil ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. Cette mobilisation est le reflet de la dégradation généralisée de l'accès à l'hôpital². »

En effet, la saturation des services d'urgence ne date pas d'aujourd'hui et depuis plusieurs années déjà, certains d'entre eux se trouvent contraints de fermer

“ **SI LA MOBILISATION QUI NE CESSE DE GAGNER EN AMPLIEUR TRADUIT L'EXASPÉRATION ACTUELLE DES PERSONNELS DE SANTÉ**

temporairement l'été³, tandis que des fermetures nocturnes sont envisagées pour d'autres, faute d'effectifs et en dépit des intérimaires sollicités. Comme l'ont pointé du doigt la DREES puis la Cour des Comptes, cette saturation est en partie due à la forte augmentation de la fréquentation des services d'urgence hospitaliers depuis deux décennies : depuis 1996, le nombre annuel de passages aux urgences est en moyenne en augmentation de 3,5 % chaque année et a ainsi augmenté de 93% entre 1996 et 2015, année où 20,3 millions de passages ont été enregistrés⁴.

Dénoncée comme « difficilement soutenable à long terme » par le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat déjà cité, cette situation est également

déplorée par les personnels mobilisés et leurs soutiens : si les services d'urgence ont vu leur fréquentation doubler en vingt ans, « jamais les moyens financiers, structurels et humains [n'ont été] à la hauteur. Les soignants en sous-effectifs sont épuisés et ne peuvent plus assurer leur mission. Ils sont à bout physiquement et psychologiquement et ne trouvent plus de sens à leur travail au sein d'un système au bord de l'implosion⁵. »

ALLANT DE PAIR AVEC LE CONSTAT DE LA SATURATION DES SERVICES, LE MANQUE DE LITS NOURRIT L'UNE DES REVENDICATIONS MAJEURES DES PERSONNELS MOBILISÉS

La « crise des urgences » : de quoi parle-t-on ?

Allant de pair avec le constat de la saturation des services, le manque de lits nourrit l'une des revendications majeures des personnels mobilisés : la demande d'une augmentation capacitaire, de l'arrêt de la fermeture de lits aval et de la création de lits « nécessaires à l'arrêt des hospitalisations brancards⁶ ».

En effet, la saturation des services ne peut se résumer à la seule « bobologie », d'ailleurs à relativiser selon le rapport de la commission des

affaires sociales du Sénat. Selon Yonathan Freud, professeur à la Sorbonne et urgentiste à La Pitié-Salpêtrière, dans la mesure où le taux d'hospitalisation après consultation reste stable dans le temps (19% des patients étaient hospitalisés après leur passage aux urgences, contre 20% en 2014⁷), le nombre de malades à prendre en charge a bien presque doublé, et nombre d'entre eux nécessitent une prise en charge et souvent, un lit. Bien qu'il faille tenir compte de disparités existantes entre les territoires et les établissements, les lits sont ainsi décrits comme « pleins » :

« L'efficience a été le maître mot depuis quinze ans et les regroupements hospitaliers ont abouti à des fermetures massives de lits d'hospitalisation sans solution d'aval associée. [...] Il faut un moratoire sur la fermeture des lits⁸ ! »

Face au trop faible nombre de lits, le personnel est décrit comme surmené et en sous-effectif, notamment en raison du manque d'attractivité de la profession. Les personnels mobilisés dénoncent donc le manque de moyens global et réclament :

- *une augmentation des effectifs* (via notamment la stagiairisation de tous les contrats précaires et le rattrapage à hauteur des besoins remontés service par service), puisque le recours à des intérimaires ne suffit plus et que l'appui sur les

paramédicaux proposé par Agnès Buzyn ne permettrait pas non plus de résoudre le problème vu leur « sous-effectif généralisé⁹ », - *une revalorisation des conditions de travail* (à savoir 300€ nets mensuels d'augmentation de salaire pour tous, un meilleur accès à la formation et des engagements sur la qualité de vie au travail ou encore la suppression de la taxe sur les salaires sur les services non marchands demandée par une organisation syndicale).

Enfin, est également largement pointée du doigt l'organisation du système de santé : l'insuffisance de la prise en charge des soins non programmés par la médecine de ville est notamment décriée, alors que là aussi la démographie médicale ne permet pas de faire face aux besoins de la population dans beaucoup de territoires, tandis qu'à l'échelle des établissements hospitaliers, des défauts organisationnels sont également décriés.

Quelles solutions pour remédier à cette crise qui met en danger soignants et soignés ?

Le *plan de refondation* proposé par le gouvernement est composé de plusieurs mesures financières d'urgence¹⁰. Est d'abord annoncée une indemnité forfaitaire de risque de 100 euros nets mensuels, versée à tous les personnels non médicaux

affectés en permanence dans les services d'urgence et dans les SMUR. À cela s'ajoute le versement

754 MILLIONS D'EUROS SERONT ALLOUÉS SUR LES TROIS ANNÉES À VENIR POUR LA RÉALISATION DES DOUZE MESURES POUR LA « REFONDATION DES URGENCES »

de crédits exceptionnels de 15 millions d'euros afin de renforcer le fonctionnement des urgences.

754 millions d'euros seront alloués sur les trois années à venir pour la réalisation des douze mesures pour la « refondation des urgences » qui complètent et accélèrent « Ma Santé 2022 ». **La mesure phare**, inspirée du modèle danois, consiste en un service d'accès aux soins (SAS) à distance, accessible par téléphone et en ligne 24h/24 afin de réorienter les patients vers une consultation en ville, une téléconsultation, ou les urgences via l'envoi d'une ambulance¹¹. Un renforcement de l'offre médicale sans rendez-vous en ville est également prévu, passant par la délégation de certains actes aux professionnels paramédicaux tels que les vaccinations effectuées par les pharmaciens et les entorses prises en charge par les kinésithérapeutes. Le désengorgement doit en outre être permis par l'extension des compétences des infirmiers par un nouveau cursus.

Les mesures annoncées assimilent les analyses du rapport « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé » du Sénat en 2017¹². Ainsi, la proportion de personnes âgées aux urgences vise à être contenue via des parcours de soins en urgence dédiés à cette population, via la généralisation des filières d'admission directe et la vidéo-assistance dans les Ehpad. L'implantation territoriale des services serait également améliorée grâce à la création de 50 nouvelles maisons médicales de garde dans les territoires où les services d'urgences sont saturés.

Des mesures critiquées...

C'est avec prudence qu'ont été accueillies ces mesures. Si des avancées ont été reconnues par les syndicats et associations professionnelles, la déception se fait sentir parmi les grévistes. L'absence de financement de lits et d'effectifs représente la plus grande frustration des personnels, qui n'entrevoient pas non plus de réponse au manque de reconnaissance ressenti.

« Les propositions de la ministre de la Santé montrent au mieux une méconnaissance du problème, au pire un déni de la situation et surtout un grand mépris pour les personnels hospitaliers. Le mépris, c'est l'absence de reconnaissance morale (la parole, les conditions de

travail) et financière (salaires sans rapport avec les responsabilités, pénibilité des horaires et du travail posté). [...] Nous ne nous résignons pas et continuerons à dire que pour améliorer les conditions de travail de l'ensemble des personnels et garantir la qualité des soins, il faut pour l'hôpital public : financer des lits y compris dans le social et médico-social, financer des effectifs, financer des salaires décents, redonner de l'autonomie et du temps avec une organisation du travail au service des soignés et respectueuse des soignants¹³. »

Deux éléments revendiqués par les grévistes ne trouvent donc pas de réponse dans la réponse du gouvernement :

-L'absence d'annonce d'ouverture de lits d'aval pour soulager les services d'urgences

« **BIEN QUE CRITIQUÉES, CES ANNONCES ONT TOUTEFOIS ÉTÉ SALUÉES COMME APPORTANT UNE PREMIÈRE RÉPONSE AU MALAISE DES URGENCES, NOTAMMENT AU NIVEAU SYNDICAL.**

-L'absence de revalorisation des métiers soignants, que ce soit sur les salaires (à l'exception de la prime de risque), les effectifs, ou les conditions de travail.

...allant toutefois dans le bon sens

Bien que critiquées, ces annonces

ont toutefois été saluées comme apportant une première réponse au malaise des urgences, notamment au niveau syndical.

“ **POURTANT, LA SITUATION QUE NOUS VIVONS AUJOURD'HUI EST UNE OCCASION UNIQUE POUR REVOIR DE MANIÈRE PROFONDE À LA FOIS LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES, MAIS AUSSI PAR LÀ MÊME TOUT NOTRE SYSTÈME DE SOINS.**

L'un des principaux syndicats nationaux, par l'intermédiaire de son secrétaire général, indiquait ainsi qu'« On ne peut pas dire qu'il ne s'est rien passé [même s'il] manque beaucoup de choses, [en particulier] sur la reconnaissance professionnelle [et] la question des lits supplémentaires ».

De la même manière, le président de l'association Samu-Urgences de France, François Braun salue des « mesures qui vont dans le bon sens pour sortir de cette crise », ou encore Agnès Ricard-Hibon, présidente de la Société française de médecine d'urgence indiquant que ces annonces sont « la preuve d'une volonté de faire une réforme en profondeur¹⁴ ».

Il en ressort néanmoins qu'auprès des acteurs du « terrain », ces annonces ne suffisent pas à calmer leur colère.

Notre point de vue

La crise actuelle va au-delà de la simple question financière et est révélatrice de l'état de notre modèle de santé, plébiscité au niveau mondial, mais dont le modèle laisse percevoir ses failles.

L'augmentation et le vieillissement de la population, dans une période de croissance faible (synonyme de faible augmentation de ressources pour le système social) doivent nous pousser à une véritable réflexion sur

la manière dont nous voyons nos objectifs de prise en charge. La santé transite actuellement d'un traitement de spécialité vers une prise en charge multidisciplinaire et multi acteurs, dont les pouvoirs publics peinent encore à valoriser le fonctionnement.

Bien entendu le gouvernement se devait de répondre à une crise d'une telle ampleur, et les mesures vont dans le bon sens, notamment via la hiérarchisation de la prise en charge, en se servant de tous les acteurs (premier contact du SAS, paramédicaux ou généralistes de ville, maisons médicales de garde, puis enfin l'hôpital) et en spécialisant un parcours sur un public vulnérable, les personnes âgées.

Cependant, au regard de nombreux acteurs, ce plan ne suffira pas à résoudre la crise. Les personnels ne se sentent pas valorisés à la hauteur du « sacrifice » qu'ils font chaque jour, et la demande principale de

“ BIEN QU'IL EXISTE AUJOURD'HUI UNE SPÉCIALITÉ DE MÉDECINE D'URGENCE, NOUS POURRIONS CONCEVOIR L'ACCUEIL DE CES SERVICES COMME COMPLÈTEMENT SÉPARÉ DE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE CLASSIQUE

l'ouverture de lits d'aval ne sera pas satisfaite, ONDAM oblige.

Pourtant, la situation que nous vivons aujourd'hui est une occasion unique pour revoir de manière profonde à la fois la prise en charge des urgences, mais aussi par là même tout notre système de soins. Les urgences font partie de ces services publics qui, malgré des difficultés certaines, n'ont que rarement engagé des mouvements d'une telle ampleur. Cette situation ne doit donc pas être prise à la légère et doit amener une réponse ambitieuse.

Une voie de compréhension, et donc de réponse, serait de s'interroger sur l'histoire des urgences en France¹⁵. L'hôpital fut premièrement organisé autour de spécialités, les urgences ayant vocation à être la porte d'entrée vers ces spécialités. Là où un médecin de service hospitalier tend à se sur-spécialiser sur une frange de son domaine afin de traiter la maladie donnée au mieux, l'urgentiste doit être polyvalent, pouvant agir sur des traumatismes lourds (accidents automobile...), des

décompensations de patients malades, des crises relevant de la psychiatrie ou encore la difficile gestion de l'état de santé de la personne âgée dépendante.

Bien qu'il existe aujourd'hui une spécialité de médecine d'urgence, nous pourrions concevoir l'accueil de ces services comme complètement séparé de la médecine hospitalière classique, en lui créant sa propre filière, à l'instar du SSR ou de la psychiatrie. Une prise en charge de l'indéterminé et de l'imprévisible : nous ne savons pas QUI viendra, à QUEL moment et POURQUOI.

Ce détachement du MCO lui permettrait de disposer de son propre financement, de ses propres formations médicales et paramédicales, de ses propres lits d'aval n'excédant pas 72 heures, de son propre plateau technique disposant d'un nécessaire de première urgence, et de ses propres locaux (même si ceux-ci sont attachés à un hôpital « classique »), le tout dans une optique de valorisation de cette filière.

De cette manière, l'hôpital pourra se recentrer sur ses missions de second niveau et de spécialité, et laisserait le soin à ces structures de gérer, localement, une prise en charge multidisciplinaire et imprévisible.

Tout ceci doit être perçu dans l'optique de répondre à un besoin réel de la population, besoin qui n'ira pas en diminuant... ■

1. Collectif Inter-urgences
2. Le Monde du 17/07/2019
3. Les Echos du 20/08/2015
4. Rapport d'information sénatorial numéro 685 du 26 juillet 2017
5. Le Monde du 17/07/2019
6. Collectif Inter-urgences
7. Le Monde du 14/06/2019
8. Collectif Inter-urgences dans Libération du 8/09/2019
9. Collectif Inter-urgences dans Libération du 8/09/2019
10. Pacte de refondation des urgences du Ministère des Solidarités et de la Santé
11. Société Française de Médecine d'Urgence
12. Rapport d'information sénatorial numéro 685 du 26 juillet 2017
13. Collectif Inter-urgences dans Libération du 8/09/2019
14. France Bleu du 10/09/2019
15. Voir France Culture du 11/09/2019



LES FINANCES DE L'ASSURANCE CHÔMAGE: CONJONCTURE ET RÉGLEMENTATION

HERVÉ CHAPRON

**MEMBRE DU COMITÉ DIRECTEUR DU
CRAPS ET ANCIEN DGA DE PÔLE EMPLOI**

MICHEL MONIER

**CONSEIL INDÉPENDANT OSBL ET ANCIEN
DGA DE L'UNÉDIC**

Une semaine à peine après l'annonce gouvernementale des mesures pour un retour à l'équilibre des comptes de l'Assurance chômage, l'Unédic a confirmé que, sans préjuger pour autant de l'effet de celles-ci, l'équilibre financier serait atteint en 2021. Mieux ! La prévision de l'organisme en charge de la gestion de l'Assurance chômage fait état de 1,2 milliards d'euros d'excédent dès 2021, puis 3,3 milliards en 2022.

Le retour à meilleure fortune de l'Assurance chômage serait donc acquis sans cette dernière réforme !

DE L'ECONOMIQUE DONC DAVANTAGE QUE DE L'ADMINISTRATIF. AMER CONSTAT APRÈS 40 ANS DE TRAITEMENT SOCIAL DU CHÔMAGE !

L'Histoire nous enseigne que la conjoncture économique est une composante structurelle de l'Assurance chômage, que la règle actuelle issue de la négociation paritaire ne biaise d'aucune manière l'effet conjoncture. Elle ne fait que l'amplifier, en aucun cas le génère.

Les partenaires sociaux auraient donc construit un modèle qui, tant en période de contraction conjoncturelle que de « frémissement » sur-réagit. Ce qui expliquerait qu'il accuse rapidement de lourdes pertes quand l'emploi va mal (N'est-ce pas la fonction originelle d'un

dispositif de Protection sociale.) et tout aussi rapidement génère des excédents quand l'emploi va mieux. On pourrait même voir là, la traduction strictement comptable de la flexibilité de l'emploi permise par l'alternance « emploi/chômage », ce qui par ailleurs ne légitime en rien les abus constatés.

L'intérêt de ces prévisions n'est-il donc pas de démontrer que l'accélération du retour à l'emploi résulte, avant tout, des créations d'emplois ? Et plus généralement, de la croissance. En d'autres termes de l'environnement économique. De l'Economique donc davantage que de l'Administratif.

Amer constat après 40 ans de traitement social du chômage ! L'on peut aussi se satisfaire tout à la fois de voir là les premiers effets de la récente loi travail qui doivent être en toute cohérence amplifiés, à tout le moins accompagnés, par la mise en place de la réforme de la formation professionnelle et par ailleurs de constater que le régime actuel de l'indemnisation du chômage ne freine en rien l'accès aux emplois disponibles !

La question désormais n'est-elle donc pas de savoir si la nouvelle réglementation ayant pour ambition à la fois de dynamiser le retour à l'emploi (les règles des partenaires sociaux étant suspectées d'avoir dynamiser l'accès à l'indemnisation !) tout en restaurant les comptes, jouera-t-elle de la même façon ?

L'affectation d'une part de CSG au financement de l'indemnisation sera soumise, en premier niveau, à l'évolution de l'assiette taxable puis aux arbitrages des lois de finances. L'effet conjoncture sera donc médiatisé par les débats parlementaires introduisant un biais politique.



À CET ÉGARD, UN RAPIDE REGARD SUR LES RUPTURES CONVENTIONNELLES EST INSTRUCTIF. ELLES SE SONT, ASSEZ RAPIDEMENT, SUBSTITUÉES À DES LICENCIEMENTS. N'Y A-T-IL PAS À CRAINDRE QUE L'INDEMNISATION DES DÉMISSIONS NE VIENNE JOUER UN RÔLE IDENTIQUE EN SE SUBSTITUANT, POUR PARTIE AU MOINS, AUX RUPTURES CONVENTIONNELLES ; ET NE FAUT-IL PAS ALORS S'ATTENDRE À LES VOIR SE MULTIPLIER AVEC LE REDÉMARRAGE DE L'EMPLOI - S'IL SE CONFIRME ?

La nouvelle règle devant générer des comportements nouveaux et *in fine* des économies substantielles aura-t-elle, entre autres vertus, de conserver l'élasticité du système ; autrement formulé, la nouvelle indemnisation du chômage jouera-t-elle comme accélérateur de la conjoncture économique pour résorber la dette de l'Unédic ?

À cet égard, un rapide regard sur

les ruptures conventionnelles est instructif. Elles se sont, assez rapidement, substituées à des licenciements. N'y a-t-il pas à craindre que l'indemnisation des démissions ne vienne jouer un rôle identique en se substituant, pour partie au moins, aux ruptures conventionnelles ; et ne faut-il pas alors s'attendre à les voir se multiplier avec le redémarrage de l'emploi - s'il se confirme ?

Quant à la règle du bonus-malus sur les contrats (trop) courts, correspond-t-elle à l'ambition affichée ? On peut penser que son périmètre est, de ce point de vue, trop limité.

Enfin, pour ce qui concerne les autres nouveautés introduites, à savoir : conditions d'accès, nouveau mode de calcul de l'allocation, dégressivité pour les « hauts » salaires, nul doute qu'il ne s'agisse là de mesures d'économies réelles !

Le moment serait donc opportun pour que l'Unédic apporte sa pierre à l'évaluation des politiques publiques. Elle en a et les moyens et les compétences. Elle doit en avoir

la volonté ! Si, jusqu'ici, les comptes de l'Unédic n'ont que timidement fait la part entre l'indemnisation (qui n'a jamais été déficitaire) et le coût de l'Assurance chômage (incluant principalement le coût du financement de Pôle emploi et celui des retraites complémentaires des indemnisés), il est impératif qu'elle entreprenne enfin cet exercice d'éclaircissement salutaire. En effet, à l'évidence, il sera important au titre d'une expérience nourrissant non seulement la réflexion mais plus encore l'action, de savoir l'effet de la réforme sur le coût de l'indemnisation, l'effet de la dynamisation du retour à l'emploi, net des charges « annexes » que l'Unédic supporte.

À n'en pas douter, les experts sauront toujours faire la part entre l'effet-conjoncture et l'effet-norme.

Les partenaires sociaux, dépossédés de la négociation et dépossédés, de fait, de la gestion de l'indemnisation peuvent-ils trouver là un rôle nouveau ? Un rôle qui, au-delà de la seule Unédic, leur donnerait à parler sur l'ensemble du dispositif « emploi-formation-chômage » ?

D'avantage que l'éventuel retrait, des tirs de barrage habituels ou encore des « manif » stériles, ils ont à se réinventer ; ils en ont l'opportunité. En auront-ils la volonté ? C'est là une question qui dépasse celle de la seule gouvernance de l'Unédic ! ■



SI VOUS LES AVEZ MANQUÉS

14 CRAPSLOG à
votre disposition... et
ils sont gratuits !



www.association-craps.fr





CCCRAPS